



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURAS EM ENFERMAGEM

Dórica Patrícia Lima Lopes

**Intervenção de Enfermagem na Prevenção dos Factores de Risco na
Gestação**

Mindelo, 10 Julho de 2014

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem”.

Dórica Patrícia Lima Lopes

Intervenção de Enfermagem na Prevenção dos Factores de Risco na Gestação

Orientadora: Enfermeira Suely Reis

Mindelo, 10 Julho de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia especialmente aos meus pais pelo amor, amizade, companheirismo e pelo apoio e incentivo permanentes em todas as fases da minha vida e do meu percurso académico.

AGRADECIMENTO

Agradeço em primeiro lugar à Deus Todo-poderoso por ter iluminado o meu caminho, ter-me dado força e coragem para enfrentar todos os obstáculos da vida.

Aos meus pais pela contribuição que deram na minha formação, serem a fonte de inspiração, a força e a motivação para continuar nesta caminhada.

Aos professores amigos e colegas que cruzaram no meu caminho durante esta trajetória compartilhando seus conhecimentos e nos orientando inúmeras vezes em nossa caminhada pessoal e profissional. Um muito obrigada pela disponibilidade e paciência com que se dispuseram em nos ensinar durante o curso.

À orientadora Professora Suely Reis pelo apoio, partilha de conhecimentos e ideias, mas sobretudo pelas preciosas contribuições que tornaram possível este trabalho.

Às enfermeiras que gentilmente aceitaram compartilhar seus pensamentos e conceitos possibilitando, assim, a compreensão do objecto de estudo.

Ao Centro Saúde Reprodutivo de Bela Vista e os seus funcionários, que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa, ao permitir o contacto com as participantes da pesquisa.

A todos que, de uma forma ou de outra, tiveram a disponibilidade de colaborar comigo, prestando informações e sugerindo correcções, disponibilizando um pouco do seu tempo para auxiliar e incentivar o propósito deste estudo.

A todos, um muito obrigado!

RESUMO

A gestação é algo natural que acontece na vida das mulheres, que envolve várias alterações, sendo elas física psicológicas e sociais, mas quando estas estão perante um factor de risco, há grande chance de aumentar a morbilidade e mortalidade, no binómio mãe e filho. A gravidez torna-se de risco quando surge um factor que comprometa a vida da mãe e do feto, por isso é preciso identificar esses factores precocemente.

O tema do trabalho retrata as intervenções de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação, e como minimizar as possíveis complicações. A escolha deu-se pelo facto de ser uma problemática cuja incidência tem vindo a aumentar na sociedade e dos casos de gestação de risco deparados ao longo do ensino clínico no Centro de Saúde Reprodutivo de Bela Vista.

Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizado revisão bibliográfica, através de revistas, artigos publicados, trabalhos de investigação académica, jornais e bases de dados on-line e também uma entrevista semi-estruturada com as enfermeiras do Centro referido anteriormente. Revelou-se pertinente para o trabalho recolher dados relativos aos factores de riscos mais prevalentes na população atendidas neste Centro.

Na Entrevista feita aos enfermeiros, foi possível perceber que a enfermagem assume um papel importante para o acompanhamento da mulher na idade reprodutiva bem como na gestação, prevenindo os factores de risco e possivelmente futuras complicações. Constatou-se que a consulta pré-concepcional e pré-natal, são estratégias importantes na prevenção dos factores de riscos, e que, para isso é necessário actuar através da educação para saúde, atribuindo ao enfermeiro um papel importante no acolhimento da mulher quando procurar esses serviços. Nisto, o enfermeiro deve aconselhar, esclarecer as dúvidas, angústias e medo das mulheres que pretendem ter filhos ou que já se encontram grávidas.

Para que a gestante tenha uma gravidez normal, é da competência do enfermeiro identificar os factores de risco predisponente de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados como também intervir atempadamente frente a essas situações.

Palavras - chaves: Gestação de Risco, Factores de Risco, Prevenção, Intervenção de Enfermagem.

ABSTRACT

Pregnancy is a natural thing that happens in women's lives which involves psychological, social and physical changes, but when they are facing a risk factor, there is a great chance to increase morbidity and mortality in both, the mother and child. The pregnancy becomes risky when a factor that compromises the life of the mother and fetus emerges, so it is necessary to identify the risk factors as soon as possible.

The theme of the work portrays the nursing interventions in the prevention of risk factors during pregnancy and how, to deal with the possible complications. The choice was based on something that increases day by day during clinical education at the Reproductive Health Center of Bela Vista was encountered with some cases of pregnancy and risks.

With literature searches, it appears that the pregnancy rate risk has been increasing instead of a normal pregnancy. To develop this work was used a literature review, through magazines, published articles, academic research papers, journals and databases, online data and also a semi-structured interview with the nurses of the Center and it was also collected some data based on risk factors most prevalent among the patients attended in this center.

The nurses were interviewed and it was revealed that nursing plays an important role in the monitoring of women in reproductive age and during pregnancy, preventing the risk factors and possible complications. The pre-conception and pre-natal assistance are important strategies in preventing risk factors, and it is necessary to act through health education, giving the nurse an important role in the reception for the women, who needs these services. The nurse should advise and clarify women's doubts, anxieties and fears for those who intend to have children or those who are already pregnant.

In order to have a normal pregnancy, it is the nurse's responsibility to identify the risk factors in order to improve the quality of care facing these situations.

Keywords: Pregnancy Risk, Risk Factors, Prevention, Intervention Nursing.

*Cuidar é essência da enfermagem e o foco mais
Central e unificador da prática de enfermagem.*

Jean Watson (2002: 62)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
Problematização/Justificativa.....	11
Objectivo Geral	12
CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1- Gestação de risco.....	15
1.2- Factores de risco na gestação	17
1.2.1- Gestante Maior 35 Anos	21
1.2.2- Infecção Urinária	23
1.2.3-Hipertensão Arterial.....	25
1.2.4- Anemia.....	27
1.2.5- Infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	29
1.3 Enfermagem e o Cuidar.....	32
1.4- Prevenção e Acções Educativas.....	33
1.4.1- Consulta Pré-Concepcional.....	36
1.4.2- Consulta Pré-Natal	38
CAPITULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICA	40
2.1-Metodologia	41
2.2- Tipo de estudo.....	42
2.3-População alvo.....	42
2.4-Técnica de pesquisa	42
2.4- Os procedimentos éticos	43
2.5-Limitações da metodologia da colheita de dados.....	43
2.6-Análise e discussão de dados	44
III- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
IV- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS.....	64

LISTA DE ABREVIATURASE SIGLAS

ACTG-AIDS Clinical Trials Group

AIDS- Síndrome de Imodeficiência Adquirida

AZT-Azidotimidina ou Zidovudina

CSRC- Centro Saúde Reprodutivo de Bela Vista

DHEG-Doença Hipertensiva da Gestação

DL-Decilitros

E.COLI- Escherichia Coli

ED-Edição

G- Gramas

HB-Hemoglobina

HG-Hemogramas

HIV-Infecção da Imodeficiência Adquirida

KG- Quilogramas

MMHG-Milímetro Mercúrio

PA- Pressão Arterial

RCF- Restrição do Crescimento Fetal

S/D- Sem Data

SAE- Sistematização Assistência de Enfermagem

TCC- Trabalho Conclusão Curso

UTI-Unidade de Terapia Intensiva

Vitamina B12-Cianocobalamina ou Cobalamina

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade do Mindelo, e constitui um dos principais requisitos para o término dessa etapa do percurso académico. O tema elegido é **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DOS FACTORES DE RISCO NA GESTAÇÃO**, com o objectivo de identificar quais os factores de risco para uma gestação, bem como as Intervenções de Enfermagem para preveni-las e nesse sentido minimizar as possíveis complicações para o binómio mãe-filho.

A escolha deste tema reside no facto de ser uma área que desperta interesse, e ainda realça-se que as vivências no Ensino Clínico do Centro Saúde Reprodutivo de Bela Vista (CSR BV), acabaram por influenciar a escolha, pois deparou-se com alguns casos de gestação de risco, retratando o aumento da incidência da gestação de risco na nossa sociedade precisando de intervenções, nomeadamente de prevenção.

Este estudo é pertinente, pois pode contribuir para aprofundar, conhecimento do tema em questão, permitindo esclarecer como a enfermagem pode actuar na prevenção dos factores de risco na gestação.

A metodologia eleita para o trabalho é o método quantitativo e qualitativo. Quantitativo na medida em que inicialmente fez-se um levantamento de dados, com o objectivo de apurar quais são os factores de risco mais prevalentes nas gestantes atendidas no CSR BV. E qualitativo porque posteriormente realizou-se quatro entrevista semi-estruturadas, às enfermeiras do CSR BV na Secção Maternal, de modo a identificar quais os factores de risco que as gestantes apresentam nesse sector, e como a enfermagem têm actuado até agora, no sentido de identificar possíveis erros e partir daí identificar as intervenções que permitem reduzir a morbilidade e as complicações.

O trabalho será estruturado em três capítulos, dando resposta aos objectivos traçados.

O **Capítulo I**- é o enquadramento teórico, no qual será definido os conceitos de gravidez normal e de risco, os factores de risco, identificar quais os mais prevalentes na população atendida no CRBV, como fazer a prevenção dos factores de risco na gestação. O **Capítulo II**, diz respeito às metodologias utilizada ao longo deste trabalho, onde definimos o percurso que pretende seguir na elaboração do trabalho e

apresentação e análise dos dados. E por fim, no **Capítulo III**, as considerações finais sobre todo o trabalho desenvolvido.

Problematização/Justificativa

O tema do trabalho aborda as intervenções de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação, e repercussão da prevenção minimização de possíveis complicações. A escolha do tema deu-se pelo facto de ser uma problemática cuja incidência tem vindo a aumentar na sociedade, situação com o qual deparou-se ao longo do Ensino Clínico no Centro de Saúde Reprodutivo de Bela Vista.

Tendo em conta o aumento da incidência da gestação de risco, o enfermeiro deve estar alerta e disponível para aprimorar conhecimento sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da gestação de risco na gestação. Com este estudo será demonstrado a importância da prevenção, bem como a sua implicação na diminuição das complicações no binómio mãe e filho, no sentido de se poder oferecer uma assistência qualificada durante o ciclo gravídico e puerperal.

De acordo Gomes (2012: 15) “a gestação é um período importante na vida das mulheres, parceiros, familiares, é marcada por uma série de repercussões fisiológicas para as pessoas que vivenciam esse processo”.

No entanto segundo Matos (2001: 5) “durante a gestação pode ocorrer complicações que tornam uma gravidez normal ou de gestação de alto risco”. E para Lowdermilk (2008: 683) “as grávidas podem ser designadas de alto risco por qualquer das diversas etiologias que podem conduzir a resultados indesejáveis”.

Convém por isso referir que “estes factores podem causar complicações, sendo estas manifestadas no decorrer da gravidez ou durante o trabalho de parto” (Silva, Santos, Albuquerque, Rocha, & Araújo, 2013: 2761).

É pertinente então salientar que a identificação precoce desses factores permite a prevenção e diminuição dos agravos, nomeadamente a taxa de morbilidade e mortalidade no binómio mãe-filho. Pois de acordo com Silva, Santos e Parada (2004: 900) “a importância do estudo das gestações de risco decorre do facto de elas relacionarem-se com uma maior morbi-mortalidade materna e perinatal”.

Oliveira (2008: 17) acrescenta ainda que:

(..) uma vez identificadas algumas condições de risco, estas podem ser tratadas, enquanto outras podem ser minimizadas, diminuindo seu impacto na gravidez. Em outras circunstâncias, ainda, os profissionais de saúde podem ser alertados para observar, com maior rigor, os sinais precoces de complicações, iniciando o tratamento imediatamente.

E ainda Engelmann (2009: 12) acrescenta que:

Identificar os factores que levaram uma mulher a ter uma gestação de alto risco é de grande importância para a saúde pública, pois evidencia o enfoque que se deve trabalhar para que a prevenção a agravos ocorra, diminuindo assim as altas taxas de mortalidade materna que ainda representam um desafio à saúde em todo o país.

Na pesquisa de campo constatou-se que todas grávidas que vão ao Centro de Saúde Reprodutivo de Bela Vista beneficiam de secções de comunicação, informação e educação para saúde durante consulta de pré - natal, como o objectivo de informa-las sobre possíveis riscos, fazendo um rastreio precoce de modo a desenvolver um plano de cuidado específico e individualizado para cada uma.

E nesse contexto Paveglio & Milani (2009: 26) enfatizam que:

As necessidades de saúde do grupo de alto risco geralmente exigem acompanhamento diferenciado. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, outros necessitarão de cuidados mais complexos presentes nos níveis secundário e terciário, com equipes multidisciplinares.

Ainda segundo Lowdermilk (2008: 809):

A compreensão do processo normal de nascimento é crucial para que os enfermeiros possam prevenir e detectar desvios da normalidade, bem como implementar as medidas de enfermagem adequadas quando surge complicações. Só é possível prestar os melhores cuidados à mulher. Ao feto e que família que vivencia complicações se o enfermeiro e os restantes membros da equipa de obstetrícia utilizarem os seus conhecimentos e competências num esforço concertados para providencias.

Tendo em conta a pertinência do tema delineou-se no presente trabalho como pergunta orientadora o seguinte: **Quais as intervenções de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação?**

E definiu os seguintes objectivos:

Objectivo Geral

- ✚ Identificar as intervenções de enfermagem na prevenção factor de risco na gestação.

Objectivo específico

- ✚ Definir o que são factores riscos para gestação;
- ✚ Indicar os factores de risco e complicações da gestação de alto risco no binómio mãe-filho;
- ✚ Identificar quais os factores de risco na gestação prevalentes na população assistida no Centro Saúde Reprodutivo de Bela Vista;
- ✚ Identificar a consulta pré-concepcional e pré- natal como principais estratégia de prevenção de factores de risco na gestação.

CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com este capítulo, pretende-se apresentar um breve levantamento teórico sobre os conceitos que são fundamentais para a compressão do trabalho nomeadamente a gestação de riscos e identificar os factores do risco na gestação e actuação de enfermagem na prevenção dos factores de riscos.

1.1- Gestação de risco

No período gestacional é normal ocorrem alterações fisiológicas, visto que o corpo da mulher esta na fase de adaptações. Elucidando essa afirmação Luciano, Silva, Cecchetto (2011: 1264) defendem que:

Durante o processo reprodutivo, a mulher passa por várias modificações físicas e emocionais. Tais mudanças são rápidas e intensas, afectando sua fisiologia, sua rotina e exigem sua adaptação, gerando insegurança e ansiedade. Essa condição é agravada na associação de determinadas doenças.

No entanto Rattner & Lima (2012: 11) alegam que:

A gestação é um fenómeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco”.

Nesse sentido Corbett (2008: 708) assegura que “para a maioria das mulheres, a gravidez constitui um período normal das suas vidas”. Pelo que Couto (2003: 33) acrescenta que “a gravidez é o período que decorre entre a concepção e o nascimento da criança, o qual dura no ser humano, cerca de 280 dias (3º trimestre). Tem início na fertilização de um óvulo por um espermatozóide e subsequente implantação do mesmo na parede interna do útero”.

Pode-se dizer que o desenvolvimento intra-uterino divide-se em 3 estádios:

- ✚ **Estádio ovo ou zigoto-** o estágio do zigoto dura desde a concepção até 14 dias. Este período cobre a reprodução celular, a formação do blastocisto, o desenvolvimento inicial das membranas embrionárias e o estabelecimento das camadas germinativas primitivas (Perry, 2008: 204).
- ✚ **Estádio embrião-** ocorre desde 15 dias até aproximadamente 8 semanas após a concepção, quando o embrião mede 3cm de comprimento crânio-caudal. No final

de oitava semanas estão presentes todos os sistemas orgânicos e estruturas externas e o embrião humano é indubitavelmente um ser humano (Ibid: 205).

✚ **Estádio de feto** – estende-se de nonas semanas (quando o embrião é reconhecido como um ser humano até ao final da gravidez). Neste período as alterações não são tão pronunciadas, mas tem lugar o aperfeiçoamento da estrutura e função. O feto é menos vulnerável a agentes teratogénicos, excepto para os que afectam sistema nervoso central (Ibid: 208-209).

Não obstante o facto de a gestação ser um processo fisiológico normal, ela implica a disponibilização de cuidados adaptados às necessidades de cada gestante pois segundo Marques, Morais & Lucas (2011: 14):

Apesar de se tratar de facto natural, durante a gravidez há necessidade que se estabeleçam cuidados relacionados à saúde da mulher e do bebé, cuidados estes que acompanharão a mulher desde a confirmação da gravidez até o nascimento da criança, relacionando-se a todos os aspectos concernentes à gestação, nascimento e cuidados com o bebé.

Os autores Melo, Viana, Sousa, & Barros (2011: 224):

Toda gestação traz em si mesmo risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número delas esse risco está muito aumentado e é então incluído entre as chamadas gestações de alto-risco. Desta forma, pode-se conceituar gravidez de alto risco aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada.

De acordo Gama (2009: 39) “antes, uma mulher que sofria de patologia que pudesse colocar em risco a gravidez por vezes abdicava dessa vontade. Hoje, as mulheres que incluem nos seus projectos de vida ter filhos estão mais dispostas a assumir riscos controlados pelos avanços da medicina”.

No entanto Huttlinger & Schaller afirmam que (2011: 90) “até agora, pouca atenção tem sido dada ao problema da mortalidade materna, embora os casos relatados sejam elevados em todo mundo”.

Silva et al. (2013: 2760) afirmam que:

Os estudos feitos mostram que as intervenções de enfermagem tem início quando a gestante procura o serviço de saúde, muitas vezes com medo, dúvidas, angústias, fantasias ou apenas para solicitar a confirmação da gravidez. Durante a consulta de enfermagem é importante ouvir atentamente a gestante, sem julgamentos, valorizar

suas queixas, possibilitando a criação de ambiente de apoio por parte do profissional e de confiança pela mulher.

Nessa ordem de ideais Moreira (2013: 10) acrescenta que:

Uma gestação sem intercorrências depende de inúmeras factores, como a saúde de mulher neste período, seu estado emocional e a sua história prévia de saúde. Esses factores devem ser investigados e analisados em todas as consultas pré-natal pois assim, serão determinadas intervenções médicas e de enfermagem apropriadas, de acordo com a história a necessidade de cada gestante.

Quando estamos perante factores de risco e se estes não forem tratados ou prevenidos como devem ser, estes podem surgir serias complicações, pois segundo Lowdermilk (2008: 809):

Quando surge complicações durante o trabalho de parto, o risco de morbilidade, mortalidade perinatais aumenta. Algumas complicações são previsíveis, especialmente se a mulher foi identificada como alto risco durante o período anteparto outras são inesperadas e imprevisíveis.

É de salientar que “sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação activa do sistema de saúde” (Rattner & Lima, 2012: 9).

Colaborando da ideia Perry (2008: 17) acrescenta ainda que “os enfermeiros perinatais utilizam estas complicações com o fim de desenvolver uma lista de probabilidades para monitorização, identificação atempada, intervenções e papéis dos membros das equipas, podendo esta ser usada para avaliar a resposta destes”.

1.2- Factores de risco na gestação

Como se pode perceber a gestação de risco ocorre quando tem um factor que contribui uma ameaça a saúde da mulher na gestação, pois segundo Romanini (2006: 19):

Os factores de risco são as características ou as circunstâncias que levam a uma probabilidade maior da mulher e do recém-nascido desenvolverem alguma complicação e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de acções de maior complexidade.

Para que não aconteça morbidade e mortalidade no binómio mãe e filho os factores de risco devem ser identificados precocemente pelo que Neto & Wartchow (2012: 56) afirmam que:

O objectivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os factores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento.

Dessa forma, Perry (2008: 17) assegura que:

O controlo de risco é um processo envolvente que identifica riscos, estabelece práticas preventivas, desenvolve mecanismo de registro e delinea procedimentos em situações de processo legais. Os enfermeiros devem estar familiarizados com os conceitos de controlo de risco e as suas implicações para a prática de enfermagem.

Neste sentido os autores Silva, Santos e Parada (2004: 900) alegam que:

Uma vez identificadas, algumas condições de risco podem ser tratadas e eliminadas, enquanto outras podem ser controladas, diminuindo seu impacto na gravidez. Em outras circunstâncias, ainda, os profissionais de saúde podem ser alertados para observar, com maior rigor, os sinais precoces de complicações, iniciando o tratamento imediatamente.

De acordo com Souza (2000: 25) “avaliação de risco não é tarefa fácil. O conceito de risco está associado a probabilidade, e o encadeamento entre um factor de risco e um dano nem sempre está explicado ou é conhecido”.

Segundo Luciano, Silva, Cecchetto (2011: 1262) “identificar precocemente a mulher com risco gestacional é essencial para que as intervenções apropriadas possam ser instituídas imediatamente, aumentando a probabilidade de alterar a evolução e proporcionar um desfecho positivo”.

Nessa linha de pensamento Rattner & Lima (2012: 11) realçam que:

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa ser precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

Nesse sentido Segundo Lowdermilk & Perry (2008: 682):

As três causas que actualmente são determinadas da mortalidade materna são a hipertensão gestacional, embolia pulmonar e hemorragia. Nos factores que estão

fortemente relacionados com a morte materna também se incluem a idade (abaixo dos 20 anos e acima de 35 anos), a falta de cuidados pré-natais, os reduzidos níveis educacionais, as mães solteiras e não caucasianas.

Matos (2006: 6) complementa a ideia defendendo que os factores de risco gestacionais dividem-se em:

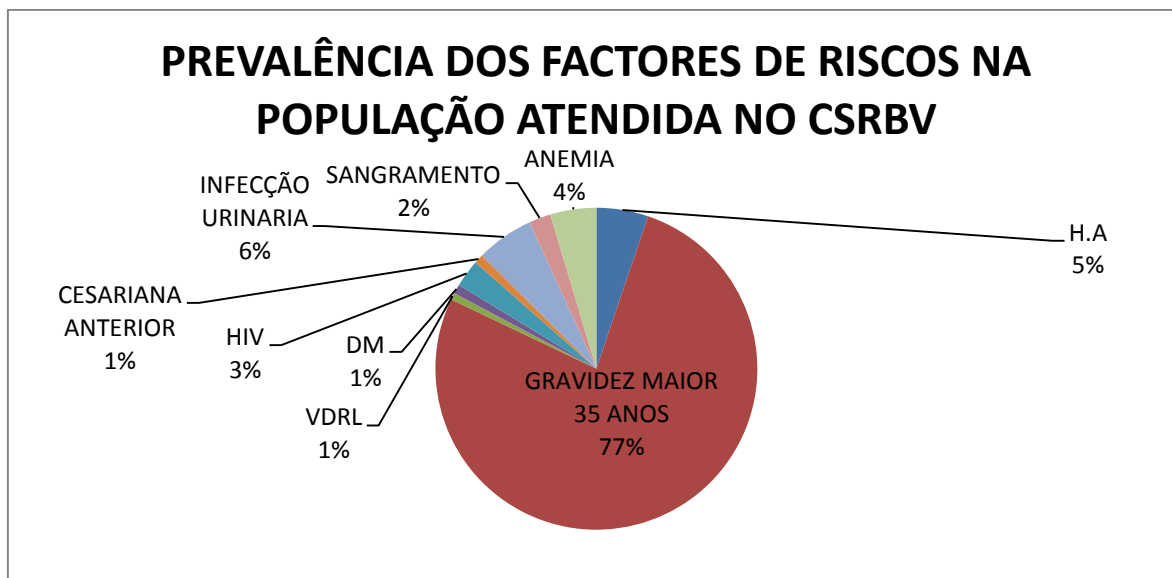
Quadro I- Factores de Risco Gestacionais

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:	Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:	Intercorrênci s clínicas crónicas	Doença obstétrica na gravidez actual:
<p>*Idade menor que 15 e maior que 35 anos;</p> <p>*Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;</p> <p>*Situação familiar insegura e não-aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;</p>	<p>*Morte perinatal explicada ou inexplicada;</p> <p>*Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;</p> <p>*Abortamento habitual;</p> <p>*Esterilidade/infertilidade;</p> <p>*Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;</p> <p>*Nuliparidade e multiparidade;</p> <p>*Síndromes hemorrágicas;</p>	<p>*Cardiopatias;</p> <p>*Pneumopatias;</p> <p>*Nefropatias;</p> <p>*Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);</p> <p>*Hemopatias;</p> <p>*Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo;</p> <p>*Epilepsia;</p> <p>*Infecção urinária;</p> <p>*Portadoras de doenças infecciosas(hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);</p>	<p>*Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;</p> <p>*Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;</p> <p>*Ganho ponderal inadequado;</p> <p>*Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;</p> <p>*Amniorrexe prematura;</p> <p>*Hemorragias da gestação;</p> <p>*Isoimunização;</p> <p>*Óbito fetal.</p>

*Situação conjugal insegura; *Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular); *Condições ambientais desfavoráveis; *Altura menor que 1,45 m; *Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg; *Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.	*Pré-eclâmpsia/eclâmpsia *Cirurgia uterina anterior; *Macrossomia fetal.	*Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); *Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).	
---	--	---	--

(Matos 2001: 6)

A pesquisa realizada evidencia que são vários os factores que podem tornar uma gestação em uma situação de risco, como ficou evidenciado pela referenciação dos autores supracitados. Nesse mesmo âmbito e como foi referido no início do trabalho, realizou-se um levantamento de dados sobre os factores de risco mais prevalentes na população atendida no Centro Saúde Reprodutivo Bela Vista entre Março de 2012 a Março de 2014. Pode-se contactar que os factores de risco mais prevalentes nessa população são: a idade maior de 35 (77% de prevalência), Infecção Urinária (6%) e Hipertensão Arterial (5%), Anemia (4%) e Infecção Imodificiência Adquirida (3%). Conforme consta do gráfico a seguir:



Fonte: Elaboração Própria

Dada a importância da compreensão desses factores no desenvolver do presente trabalho será sobre eles que debruçar-se-á a seguir,

1.2.1- Gestante Maior 35 Anos

O número de mulheres que decidem ter filhos após 35 anos está aumentando dia após dia, e de acordo com Lowdermilk (2008: 81) “muitas vezes, as mulheres em idade tardia vivenciam alterações e reorganização das prioridades pessoais. Geralmente, os objectivos de instituição, carreira, casamento e família foram atingidos e, agora, a mulher tem mais tempo e oportunidade para novos interesses e actividades”.

No entanto convém realçar que a mulher com gestação tardia tem maior risco de desenvolver situações relacionadas com a idade que podem afectar a gestação. Pelo que, Os autores Gonçalves & Monteiro (2012: 279) defendem ainda que:

A gravidez em mulheres com idade superior a 35 anos está aumentando mundialmente. Por se tratar de um factor de risco gestacional preexistente, exige atenção especial quanto ao seu seguimento, visando minimizar eventos obstétricos adversos e o risco de mortalidade materna. Tais gestantes devem ser bem orientadas quanto às possíveis intercorrências e cuidados necessários, além de ter seus anseios e dúvidas minimizados pela adequada atenção dos profissionais de saúde.

Andrade, Linhares, Martinelli, Antonini, Lippi & Baracat (2004: 698) afirmam que:

A gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada a risco aumentado para complicações maternas (maior ganho de peso, obesidade, diabetes melito, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas), fetais e do recém-nascido (anormalidades cromossômicas e abortamentos espontâneos, mecônio intraparto, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento fetal (RCF), macrossomia, sofrimento fetal, internação em UTI e óbito neonatal).

Nesse sentido Gomes, Donelli, Cesar & Lopes (2008: 104) afirmam que “esta visão determina posturas no manejo de muitos profissionais de saúde, que acabam enquadrando as mulheres com mais de 35 anos, apressada ou automaticamente, em um grupo de gestante de risco”.

Gonçalves & Monteiro (2012: 279) complementam afirmando que:

A gravidez tardia requer cuidado obstétrico rigoroso e, caso haja comorbidade associada, deve ser acompanhada por pré-natal multidisciplinar. A gestante e sua família devem ser conscientizada dos riscos inerentes, de modo que sejam capazes de decidir sobre engravidar ou não. No entanto, não deve ser excluída a possibilidade de uma gestação a termo, sem intercorrências ou complicações.

Para esses autores “as principais complicações maternas encontradas nesta faixa etária são: hipertensão gestacional, diabetes mellitus gestacional, maior frequência de partos operatórios de trabalho de parto prematuro, placenta prévia, amniorrexe prematura e gestações múltiplas”(Ibidem).

Função do enfermeiro na prevenção das complicações em gestantes maiores 35 anos

A gravidez torna-se de risco principalmente porque parálem da idade pode ocorrer ainda outras complicações e o enfermeiro tem que estar apto para que isso não aconteça e de acordo com Gonçalves & Monteiro (2012: 1):

Além disso, o fato de ser colocada em um grupo de risco implica numa maior frequência de consultas médicas, realização de infindáveis exames e procedimentos, bem como maior probabilidade de, por profilaxia, ser hospitalizada ou mantida em repouso. Esse tipo de conduta gera, inevitavelmente, aumento do nível de ansiedade materna.

Segundo Lima, Mendes & Passos (2009: 317):

Diante dos riscos da gestação tardia as mulheres demonstraram conhecimento, mesmo antes de fazerem consulta com um profissional da saúde. Portanto, cabe ao enfermeiro ajustar e ampliar a assistência individualizada, sendo imprescindível conhecer as razões do adiamento da maternidade, analisando a mulher de forma holística,

preocupando-se com as suas atitudes, bem como com desenvolvimento da gestação, favorecendo, assim, as reduções dos riscos de complicações obstétricas inerentes à idade.

A gravidez tardia acaba por trazer vários riscos e para isso precisa ser assistida de forma individualizada de modo a garantir uma assistência de qualidade, pois de acordo com Ramos, Oliveira & Silva (2012: 25):

As repercussões ao nível da prestação de cuidados de enfermagem são importantes, nomeadamente a sensibilização e formação dos profissionais nesta área. A par do controlo da natalidade e da diminuição do número de filhos, a idealização de gravidez e a própria concepção começaram a ser adiadas por diversas razões onde os factores profissionais e sociais tiveram impacto significativo. No entanto, ao adiar a gravidez, as mulheres deparam-se com um conjunto de obstáculos.

E ainda o mesmo autor diz que:

Deste modo, a intervenção do enfermeiro tende a minimizar a ansiedade materna/parental (e respectivas consequências) através da sua acção educativa (por exemplo, na consulta pré-natal ou no curso de preparação para a parentalidade), identificando os sinais de risco no acompanhamento da evolução gestacional. Torna-se assim importante, o encaminhamento adequado e o trabalho em equipa na vigilância pré-natal, no sentido de minorar o eventual risco de desajustamento o mais precocemente possível e maximizar os ganhos em saúde (Ibid: 37).

1.2.2- Infecção Urinária

A infecção urinária é uma das infecções mais comum na gravidez pois de acordo com Figueiredo, Gomes & Campos (2012: 133):

As infecções do aparelho urinário representam as infecções bacterianas mais frequentes da gravidez, estando associadas a morbilidade materna e perinatal significativas. Incluem a bacteriúria assintomática, a entidade clínica mais prevalente, e as infecções urinárias sintomáticas: cistite aguda e pielonefrite aguda. A *E. coli* é o agente etiológico mais comum, sendo responsável por 70-80% dos casos.

Para Spinelli (2008: 49) “infecção urinária é a segunda causa de intercorrência clínica em gravidez. Sendo que a maior incidência na gestante é decorrente das alterações anatómicas e funcionais que ocorrem no trato urinário durante o estado gestacional”.

Ainda sobre essa problemática os autores Lucena & Arantes (2006: 116) complementam alegando que “os sintomas surgem e definem-se de acordo com o tipo de

infecção que se estabeleceu no trato urinário da grávida”. Serão descritos da seguinte forma:

- ✚ **Bacteriúria Assintomática:** Caracteriza-se pela presença de bactérias na urina sem sintomatologia específica (Rattner & Lima, 2012: 111);
- ✚ **Pielonefrite Aguda:** Caracteriza-se pela queda do estado geral com presença de sintomas como: febre, calafrios, cefaleia, náuseas, vômitos e hipersensibilidade do ângulo costo-vertebral (sinal de Giordano +) (Ibidem);
- ✚ **Cistite:** se manifesta com disúria, polaciúria, urgência miccional, dor no baixo-ventre, arrepios de frio ou calafrios com presença ou não de dor lombar (Filho Bispo, Vasconcelos, Maia, Celestino, 2009: 116).

Segundo Lucena & Arantes (2006: 120) “complicações da gravidez têm sido associadas às infecções urinárias, incluindo-se a hipertensão e a pré-eclâmpsia, anemia, corioamnionite, endometrite e septicemias”.

Função do enfermeiro na prevenção da infecção urinária na gestação

Segundo os autores Berbel, Gural & Schirr (2011: 19) “o profissional enfermeiro deve estar atento a todas as formas de prevenção que as gestantes necessitam saber durante as consultas de pré natal. Isso fará com que o índice de doenças no período gestacional diminua, acarretando em um maior benefício e qualidade de vida para a gestante e o feto”. Gois, Cravo & Mendes (2010: 77) afirmam que:

O enfermeiro é o profissional que mantém maior contacto com as pacientes da unidade básica de saúde e de acordo com o Ministério da Saúde, pode solicitar os exames do pré-natal. Portanto, torna-se claro o papel crucial que a enfermagem exerce no cuidado à gestante, sendo possível uma detecção precoce da infecção urinária.

Para os autores Almeida, Costa, Lopes, Bello, Nascimento, Souza (s/d: 380) as principais orientações que o enfermeiro deve oferecer à gestante com infecção urinária são:

- ✚ Manter uma ingestão hídrica de no mínimo 2 litros por dia, isso aumenta a quantidade de urina e impede que as bactérias se fixem na parede da bexiga causando infecção; urinar frequentemente (no mínimo a cada 2 horas), pois isso ajuda na limpeza da bexiga e uretra dificultando a infecção;
- ✚ Urinar antes de dormir e após as relações sexuais para a diminuição da entrada de bactérias na bexiga;
- ✚ Também devem ser evitados irritantes urinários como chá, bebidas alcoólicas, café e refrigerantes do tipo cola;
- ✚ Evitar banhos de espuma ou aditivos químicos na água para que não haja variação do pH vaginal; realizar higiene íntima e de períneo 2 vezes ao dia;
- ✚ Forçar a saída de toda a urina da bexiga evitando a estase urinária; urinar sentado e após urinar limpar a genitália de frente para trás evitando a contaminação por bactérias vindas do trato intestinal;
- ✚ Outros cuidados que devem ser salientados são: evitar o uso de roupas justas e calcinhas de material sintético, pois os mesmos alteram a transpiração da genitália e tornam a vulva mais aquecida e húmida favorecendo assim o desenvolvimento de bactérias; evitar o uso de qualquer tipo de creme, desodorante ou perfume que possa causar alergia e irritação formando feridas, pois as reações alérgicas favorecem a contaminação por bactérias.

1.2.3-Hipertensão Arterial

Segundo Neto & Wartchow (2012: 179) “a definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. O diagnóstico é feito pela medida seriada dos níveis pressóricos durante o acompanhamento pré-natal”.

Ferreira & Campana (2004: 40) afirmam que “os distúrbios hipertensivos da gestação variam em gravidade, bem como os achados clínicos, o que torna a avaliação da enfermagem muito importante para o controle das condições dessa gestante”.

De acordo com Zanotti, Zambom & Cruz (2009: 1) “a hipertensão gestacional é um sinal clínico secundário a outras doenças, sendo na actualidade a grande causa de morte materna e perinatal”.

E conforme os autores Calife, Lago, Lavras (2010: 126) “os critérios de classificação da hipertensão arterial em gestantes são diversos. Entre as recomendações adotadas pela International Society for the Study of Hypertension in (Pregnancy), aquela que indica maior especificidade diagnóstica é a do National High Blood Pressure Education (Program), que caracteriza:

- ✚ Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) -caracteriza-se pela tríade sintomática: hipertensão, edema e proteinúria. O aparecimento dessas manifestações, em grávida normotensa, ou a agravamento de quadro hipertensivo, após 20 semanas, sugerem, obrigatoriamente, a suspeita da pré-eclâmpsia (Rezende, 2000: 688).
- ✚ Hipertensão crônica: É definida como hipertensão presente antes da gestação ou diagnosticada antes da vigésima semana. A hipertensão que persiste mais do que 6 semanas após o parto, também é classificada como hipertensão crônica”. Hipertensão diagnosticada em qualquer fase da gravidez, mas que persiste além de seis semanas após o parto, é também considerada hipertensão crônica (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002: 651).
- ✚ Hipertensão Crônica com Pré-Eclâmpsia Sobreposta- pode ocorrer em mulheres com hipertensão pré-existente e, em tais casos, o prognóstico para a mãe e o feto é pior do que qualquer uma das condições isoladamente. O diagnóstico é feito quando há aumento da pressão arterial (30 mmHg sistólica ou 15 mmHg diastólica) acompanhado de proteinúria ou edema, após a 20ª semana de gestação (Pascoal, 2002: 257).

Não obstante a classificação da HTA na gestação, é importante referir a sua presença na gestação implica maior riscos de complicações quer para a mãe quer para o feto, pelo que Pascoal (2002: 256) alerta que as “complicações fetais incluem crescimento fetal restrito, prematuridade e mortalidade”.

E ainda Sass, Santos, Atallah & Camano (2002: 449) acrescentam que “complicações maternas e perinatais incluindo a sobreposição de pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, prematuridade, deslocamento de placenta e a morte fetal, além de maior risco a morte materna”.

Função do enfermeiro na prevenção das complicações Hipertensão na Gestação

A função do enfermeiro frente à prevenção de hipertensiva na gestação é muito importante pois de acordo com Ribeiro, Lima & Silva (2013: 5):

O importante papel do enfermeiro que actua na prevenção da hipertensão durante o pré-natal da gestante, oferecendo todas as informações pertinentes ao momento que a gestante se encontra, e se caso manifestar hipertensão gestacional, destacando a importância do tratamento e minimizar factores que predis põe essa hipertensão ou sua provável complicação.

De acordo com Smeltzer & Bare (cit *in* Neto & Melo, 2005: 3):

As principais metas a serem atingidas pela equipe de enfermagem, junto aos clientes portadores de hipertensão, são: a compreensão do processo patológico, do tratamento e incentivo à participação do cliente em programas de autocuidado e certificar da ausência de complicações, para controlar a hipertensão com mudanças no estilo de vida e o uso de medicamentos. As prescrições de enfermagem para atingir essas metas são: apoiar e ensinar o paciente a aderir ao esquema terapêutico por meio de alterações necessárias no estilo de vida, da ingestão de medicamentos conforme prescrito e agendando consultas regulares de acompanhamento com o profissional de saúde para monitorar o progresso ou identificar e tratar quaisquer complicações da doença ou terapia.

Neto & Melo (2005: 3) afirmam que “é importante que o cliente compreenda o processo evolutivo da doença, e também, como as alterações no estilo de vida e os medicamentos podem controlar a hipertensão. O profissional de saúde, em especial, o enfermeiro, deve enfatizar o conceito do controle da hipertensão, em vez de sua cura”.

Logo para Fernandes, Souza, Lins, Fogaça, Mendonça & Sereno (2010: 2) realçam ainda que “a enfermagem tem um papel importante no cuidado tanto domiciliar preventivo, como hospitalar durante as intervenções e tratamento. Portanto é indispensável o treinamento e conhecimento da equipe para estar atenta a qualquer tipo de intercorrência destinada à DHEG”.

1.2.4- Anemia

Para Santos (2010: 1) “a anemia é caracterizada pela baixa concentração de hemoglobina componente do glóbulo vermelho responsável por levar oxigênio a todos os tecidos no sangue. O exame que fornece o valor da hemoglobina é o hemograma, que é suficiente para o diagnóstico da anemia”.

Segundo os autores Neto & Wartchow (2012: 172) “a anemia é definida durante a gestação com os valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11g/ dl. O rastreamento deve ser

oferecido a toda gestante o mais precocemente na vinculação do pré-natal e novamente com aproximadamente 28 semanas”.

A anemia pode ser divididas basicamente em:

- ✚ Congénitas: aquelas que já estão presentes desde o nascimento e acompanharão o indivíduo por toda a vida: (anemia falciforme, talassemia também conhecida como anemia do mediterrâneo) (Santos, 2010: 1);
- ✚ Adquiridas: a pessoa adquire ao longo da vida, sendo possível o tratamento e, na maior parte das vezes, a cura. Ex.: anemia por falta de ferro, falta de vitamina B12, reacção a medicamentos, associado a outras doenças) (Ibidem).

De acordo com Lowdermilk (2008: 737) “cerca de 90 % dos casos de anemia na gravidez são causados por deficiência de ferro, os restantes 10 % englobam uma variedade considerável ácido fólico, anemia adquirida e hereditárias da deficiência de, incluindo anemia falciforme e talassemia”. E ainda Moura & Pedroso (2003: 70) alegam que “ a anemia ferropriva, é considerada como um dos maiores problemas nutricionais. É definida como uma diminuição na concentração de hemoglobina, tendo como consequência redução da reserva de ferro no organismo”.

Segundo Lowdermilk (2008: 737) “quando a mulher tem anemia na gravidez, a perda de sangue o parto não é bem tolerada, mesmo quando mínima, aumentando o risco de necessitar de uma transfusão de sangue”.

Função do enfermeiro na prevenção da anemia na gestação

Barros & Costa (1999: 108) “a enfermeira obstetra como membro actuante na equipe de assistência pré-natal deve contribuir efectivamente para a prevenção e o tratamento da anemia na gestação”.

Moura & Pedroso (2003: 74) defendem que:

(...) para mantermos uma boa qualidade da saúde da mulher no período gestacional é fundamental uma assistência integral e constante, por isso recomenda-se fazer a consulta do pré-natal logo no primeiro trimestre da gestação, quando é função do enfermeiro orientar, prevenir e tratar a anemia ferropriva reduzindo assim consideravelmente os riscos materno-fetais.

Nessa linha de ideia os mesmos autores ainda acrescentam que:

Desde a prevenção até o tratamento da anemia, o objetivo essencial do cuidado de enfermagem deve ser o aconselhamento sobre a dieta alimentar adequada. A gestante

deve ser informada sobre as dietas variadas que proporcionam a ingestão e absorção adequada de ferro, e sobre a importância da suplementação férrica. Os protocolos de orientação de enfermagem são muito importantes no cuidado pré-natal porque auxiliam a enfermeira a programar a assistência individualizada focalizando os pontos relevantes da alimentação (Ibid: 107).

Andrade, Araújo & Gonçalves (2009: 1) declaram que:

Os resultados alcançados demonstraram que a adequada assistência prestada a grávida promoveu a prevenção de possíveis complicações, como Síndrome Torácica Aguda e Infecções e possibilitou a promoção da melhoria de qualidade de vida, uma vez que proporcionou um aumento da sua auto-estima. Neste contexto, a SAE, operacionalizada através da aplicação do processo de enfermagem, constitui-se como ferramenta para valorização da enfermagem como ciência visto que as ações implementadas fundamentam - se em princípios científicos.

Portanto para Santos (2012: 32):

A orientação nutricional deve ser realizada durante todo o acompanhamento, de preferência já no período antenatal. O ferro proveniente da dieta pode ser de origem vegetal, ferro não heme, que tem baixa absorção, ao redor de 1% a 7%, contribuindo muito pouco para as reservas maternas; e o ferro de origem animal, ferro heme, cuja taxa de absorção varia entre 20% a 30%, com boa disponibilidade, e que definitivamente contribui para o estoque materno. Desta forma, recomenda-se o consumo de carnes em geral, evitar associação com cereais integrais, uso de frutas ricas em vitamina C, entre outras medidas.

Para Perry (2008: 305) “a avaliação nutricional, a intervenção e a observação devem constituir uma parte integral dos cuidados de enfermagem proporcionados a todas as mulheres grávidas”.

1.2.5- Infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

A mulher portadora do vírus de HIV está aumentando muito no mundo inteiro pois segundo Cecatti, Parpinelli, Serruya & Reis (2005: 113) “ (...) a infecção por HIV tem prevalência em gestantes de 0,6%. Pois é um fator de risco que devemos estar atentos, pois tanto o comportamento da mulher como do parceiro pode tornar o risco para ambas as partes”.

Segundo Neto & Wartchow (2012: 195) “desde a identificação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), descrito como o responsável pelas manifestações relacionadas à Aids, mais de 60 milhões de pessoas já foram infectadas no mundo”.

Uma mulher grávidas com HIV tem grandes chance de o transmitir para filho pois:

Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre tardiamente na gestação e, principalmente, durante o trabalho de parto e no parto propriamente Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica dito, sendo estes momentos importantes para a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Os 35% restantes ocorrem mediante transmissão intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão (de 7% a 22%), que se renova a cada exposição da criança ao seio materno (mamada) (ibidem).

Apesar dos esforços desenvolvidos para prevenir a transmissão vertical, vão surgindo sempre alguns casos e nesse sentido Henriques (2000: 37) afirma que:

A transmissão da infecção de mãe para filho verifica-se durante a gravidez, por via transplacentária, na altura do parto ou após o mesmo e, ainda, através do leite materno. A possibilidade de uma mãe infectada, ainda que assintomática, transmitir a infecção ao filho é de 15 a 25%, se não houver tratamento. A infecção por VIH é uma das causas de rotura prematura das membranas, parto pré-termo e de atraso do crescimento intra-uterino.

De acordo com Sá, Rubini & Rocco (2000: 596) “vários aspecto do comportamento materno estão associados ao maior de transmissão vertical do HIV, incluindo relações sexuais sem preventivos, múltiplas parceiras sexuais na gestação, tabagismo e uso de drogas ilícitas”.

Função do enfermeiro na prevenção do HIV na gestação

O enfermeiro deve aconselhar a mulher na idade reprodutiva perante situações de risco tanto para ela como para o feto, logo segundo Santos & Okazaki (2012: 35) a enfermeira deve ter competência para:

- a) Oferecer teste anti-HIV com aconselhamento antes e pós-teste, para todas as gestantes nos serviços de pré-natal, devendo a testagem ser sempre voluntária e confidencial;
- b) Ministras nas gestantes HIV positivo o AZT oral (a partir da 14ª semana); o AZT endovenoso nas parturientes, durante o trabalho de parto e até o clampeamento do cordão

umbilical; e o AZT oral por seis semanas ao recém-nascido (segundo diretrizes do Protocolo 076 do ACTG);

c) Escolher a via de parto de acordo com os critérios seguintes: a) recomenda-se parto por cesariana electiva quando a carga viral é 1000 cópias/ml ou desconhecida e idade gestacional é 34 semanas. b) recomenda-se parto vaginal quando a carga viral for < 1000 cópias/ml ou indetectável;

d) Orientar a gestante/puérpera sobre a substituição da amamentação com a introdução de leite artificial e outros alimentos, de acordo com a idade da criança, garantindo seu adequado crescimento e desenvolvimento.

E para isso o enfermeiro deve apostar na educação para saúde pelo que Henriques (2000: 39) defende que:

A prevenção baseada na educação e informação é fundamental, tal como acontece para as restantes Infecções de Transmissão Sexual. A pesquisa de anticorpos deve ser feita em pré-concepção ou precocemente na gestação, e deve ser repetida cerca das 32 semanas de gravidez. O aconselhamento pré e pós teste são elementos essenciais na conduta clínica.

Sá, Rubini & Rocco (2000: 596) complementam que:

Todas as mulheres gestantes devem ser aconselhadas a realizar o teste anti-HIV. É importante que as mulheres saibam a sua situação serológicas em relação ao hiv, pois poderão usufruir dos benefícios da quimioprofilaxia com zidovudina na redução da transmissão vertical, bem como do tratamento anti-retroviral e da profilaxia de infecções oportunista para melhoria da sua qualidade de vida e sobrevida.

Assoni (1995: 31) alega ainda que:

Os profissionais de enfermagem desfrutam de uma posição privilegiada para educar as pessoas sobre formas de reduzir o risco de transmissão do HIV. Eles são percebidos como fontes confiáveis de informações sobre saúde e as pessoas geralmente se sentem mais à vontade para discutir questões pessoais com eles do que com outros profissionais. De um modo geral, os hábitos sexuais e o uso de drogas são questões muito particulares, de modo que os enfermeiros precisam ter a habilidade de deixar as pessoas à vontade para discutir temas potencialmente embaraçosos. A capacidade de aconselhar adequadamente permite que os pacientes façam opções viáveis e bem fundamentadas para proteger a si próprios e a outras pessoas. É essencial que a equipe de enfermagem saiba transmitir informações detalhadas e precisas sobre hábitos sexuais e uso de drogas de forma naturalmente adequada. É possível prevenir a

transmissão do HIV, portanto é vital que não haja qualquer mal entendido em relação como o vírus é transmitido ou não.

1.3 Enfermagem e o Cuidar

O objectivo do trabalho é identificar as intervenções de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação ou seja cuidados a serem prestados a grávidas. O cuidado faz parte da vida do ser humano desde os princípios da humanidade, pois de acordo com

Potter e Perry (2006: 446) “o cuidar é um fenómeno universal que influencia a forma como pensamos, sentimos e nos comportamos em relação aos outros”.

De acordo com Collière (1999: 233) “cuidar é um acto individual que prestamos a nos próprio, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que, temporária ou definitivo”.

A Enfermagem é uma ciência que lida com seres humanos, que tem por apoio cuidar, e quando se presta os cuidados de enfermagem é necessário uma visão holística pois conforme Moniz (2003: 23):

O conhecimento da pessoa de forma holística pressupõe uma preocupação com estas nas suas diferentes dimensões (biológica, psicológica, cultural, social, ambiental e espiritual), então o cuidar em enfermagem centra-se na relação inter-pessoal do enfermeiro com a pessoa ou grupo de pessoas, família ou comunidade. Esta integração leva a compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferença entre as pessoas e, assim pretendo-se cuidado de enfermagem de forma individual.

Para Serrano, Costa & Costa (2011: 16) “a Enfermagem é uma profissão centrada em interacções onde cada pessoa, por vivenciar um projecto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado”.

Potter e Perry (2003: 446) complementam que:

Na prática de enfermagem, a preocupação pessoal inerente ao cuidar, permite ao enfermeiro ajudar o utente a recuperar da doenças, a atribuir o significado a essa doença e a manter ou restabelecer uma ligação. Ao preocupar-se, o enfermeiro reconhecer os intervenientes bem-sucedidos, e é esta a preocupação que vai orientar as futuras actividades de prestação de cuidados.

Santos (2004: 154) realça ainda que “os cuidados de enfermagem devem ser prescritos pela enfermeira responsável pela grávida, após avaliar e traçar suas metas e prioridades, e devem ser executados por sua equipe de auxiliares. É importante que a enfermeira esteja atenta a todos os acontecimentos com a grávida”.

Segundo Corbett (2008: 708) “o principal objectivo dos cuidados de enfermagem é o de atingir os melhores resultados para a mãe e para o feto”.

Para Lowdermilk (2008: 2) “a enfermagem da maternidade refere-se aos cuidados as mulheres e idade reprodutiva e respectivas famílias, durante todos os estágios da gravidez e parto, bem como nas quartas primeiras semanas pós parto”. Mas o mesmo autor ainda acrescenta que “o papel do enfermeiro evolui de principal prestador de cuidados para lider da equipa interdisciplinar, tendo-se tornado essencial o registro dos resultados do utente. A medida que os enfermeiros assumem maior responsabilidade pelos cuidados prestados aos utentes aumentarão as especializações” (Ibid: 3).

Nesse sentido Lowdermilk (2008: 8) afirma que:

Cuidados maternos são principalmente adequados a estas práticas, uma vez que a gravidez é essencialmente saudável, as mulheres sente-se geralmente bem quando entram no sistema e as consultas aos profissionais de saúde podem oferecer oportunidades de intervenção no âmbito da saúde e da doença. Podem ser recomendados medidas para melhorar a saúde e reduzir os riscos associados a doença e a uma gravidez mal vigiada.

Meneses (2011: 73) alega ainda que:

A enfermagem busca trabalhar numa perspectiva humanística ao produzir o cuidado, tentando fortalecer a atenção ao ser que é cuidado e favorecer o acolhimento, o vínculo e a escuta, minimizando empecilhos à produção do cuidado, como a fragmentação do cuidado. As acções dos enfermeiros estão, mesmo que de forma não intencional, indo em direcção ao cuidado integral, já que a enfermagem é a profissão que está mais próxima do cuidado com a interacção.

Pelo que pode-se constatar que a prevenção é uma ferramenta importante no âmbito do cuidado dispensado a grávida pelo que passar-se-á de seguida a apresentar uma breve noção sobre o que seja a prevenção.

1.4- Prevenção e Acções Educativas

A prevenção é um factor importante em que Peixoto (2013: 3) “*praeventione* é palavra latina que deu origem ao termo prevenção derivada *praevenire*, significando antecipar, acautelar, precaver, evitar e impedir”.

Oliveira, Pinto & Coimbra (2007: 581) complementam que “a prevenção de enfermidades consiste no desenvolvimento de estratégias que reduzem os factores de risco de enfermidades específicas, ou reforcem factores pessoais”.

De acordo com Czeresnia (2003: 19):

A lógica da prevenção clínica é a de estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precoce possível, estando dirigida à pessoas que não apresentam sinais e sintomas de doença. Dependendo da característica específica do seguro de saúde, o desenvolvimento da ação preventiva pode ser considerado uma sobrecarga de procedimentos e custos adicionais e não uma inversão de lógica que teria como consequência a médio e longo prazo a diminuição de internações e outros procedimentos de muito maior custo.

Nessa linha de ideia o autor Bagio (2009: 5) afirma que “o enfermeiro é co-responsável pelo desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de recuperação a saúde, desenvolvimento dentre outras ações dirigidas a assistência pré-natal, parto e puerpério”.

Sendo assim convém salientar que as intervenções de enfermagem devem ser feitas em três (3) níveis de prevenção em que podemos definir nos seguintes:

- ✚ Prevenção primária - envolve actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, com vista a diminuir a ocorrência de doença e melhorar a qualidade de vida e da saúde em geral (Perry, 2008: 51);
- ✚ Prevenção secundária – vários métodos de rastreio de saúde e diagnóstico facilitam o tratamento precoce do processo patológico (Ibidem);
- ✚ Prevenção terciária - as pessoas que desenvolveram uma doença é proporcionada um tratamento e reabilitação para prevenir complicações e posterior degenerescência e para manter o seu melhor nível de funcionamento (Ibidem).

Segundo Peixoto (2013: 12) “várias abordagens podem ser seguidas na sua prevenção e controlo, nomeadamente a educação do indivíduo, a investigação científica, a eliminação ou controlo dos factores de risco ou agentes que podem provocar e o diagnóstico precoce ou tratamento curativo quando ainda possível”.

Para Czeresnia (2003: 12) “os conceitos de prevenção de doenças e de promoção da saúde não se distinguem claramente na prática do sector saúde. As práticas em promoção da saúde, da mesma forma que as de prevenção de doenças, fazem uso do conhecimento técnico e científico específico do campo da saúde”.

De acordo com Marques, Morais & Lucas (2011: 35):

As ações educativas devem ser executadas não com o único propósito de transmitir informações, mas deve-se garantir que os conhecimentos sejam compreendidos,

assimilados e que venham de encontro as necessidades, assim há de se planejar e executar de forma adequada acções de educação em saúde direccionadas as gestantes.

Para isso “o profissional de enfermagem, educador em saúde, deve constantemente aprimorar seus conhecimentos para agir adequadamente em sua prática” (Ibid: 44).

Nessa linha de ideia Potter e Perry (2006: 10) afirmam que “ é dever do enfermeiro enfatizar a promoção da saúde, estratégica do bem-estar e actividades de prevenção da doença, como forma importantes dos cuidados de saúde já que ajuda o utente a manter e melhorar a saúde”.

Como pode-se constatar a educação para saúde é um aspecto importante para ajudar na prevenção e minimização de futuras complicações pois através dela a pessoa pode ser informada e esclarecida e o enfermeiro pelo contacto próximo que mantem com os utentes nesse caso gestantes, deve ter essa competência bem aprimorada. Nesse sentido os autores Menezes & Gobbi (2010: 100-101) afirmam que:

O enfermeiro é um constante educador em saúde e será por suas práticas que seus pacientes, com seus respectivos familiares, poderão adquirir hábitos de vida saudáveis e possivelmente não evoluirão com complicações de sua doença de base. Actuar em conjunto com a família é somar resultados positivos para o próprio paciente, seus entes e os profissionais da saúde. É uma das responsabilidades da enfermagem zelar pela qualidade de vida das pessoas, e por isto esta deve propor métodos para a mudança de hábitos nocivos utilizando principalmente a educação em saúde.

O enfermeiro deve ter competência técnico-prático bem desenvolvida e também ter desenvolvido as suas habilidades na educação para saúde pois de acordo com Carrara & Oliveira (2013: 101) “a outra actuação do enfermeiro indispensável é a educação em saúde; a educação engloba o processo de ensinar e apreender no caso da educação em saúde é uma tarefa destinada a profissionais com habilidades para uma orientação onde se promove saúde e se previne doenças”.

Segundo Oliveira (2011: 833) “a educação em saúde é uma ferramenta importante para promoção da saúde e garantia dos direitos humanos fundamentais. O enfermeiro realiza essa prática associada ao cuidado prestado em todas as etapas da vida do ser humano”.

Com as pesquisa feitas foi detectada que a consulta pré- concepcional e pré-natal são as principais formas de prevenir a gestação de risco em que Oliveira (2010: 11) argumenta que “assistência à pré-concepção tem como objectivo orientar e assistir as mulheres/casal

que queiram engravidar, com o intuito de identificar os factores de risco ou doenças que interferem na evolução saudável de uma futura gestação”.

No que se refere ao pré-natal os autores Parras, Schirmer, Filho Fajardo Reis, Chacel & Viola (1998: 6) afirmam que “a assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objectivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde”.

Tendo em conta a importância da consulta pré-concepcional e pré-natal na prevenção dos factores de risco na gestação e para melhor compreensão de como o enfermeiro pode minimizar estes factores e evitar ou diminuir as complicações serão estes abordados mais afrente.

1.4.1- Consulta Pré-Concepcional

Com a consulta pré-concepcional pode-se evitar vários factores de risco logo Bacelo & Lopes (2009: 19) alegam que “a importância dos cuidados pré-concepcionais tem sido cada vez mais enfatizada nos últimos anos, visando a identificação e modificação dos riscos que possam alterar a normal evolução de uma futura gestação”.

Para começar Fescina, Mucio, Rossello, Martinez, Granzotto & Schwarcz, (2008: 19) defendem que:

Entende-se por consulta pré-concepcional a entrevista programada que uma mulher e/ou um casal faz com a equipe de saúde antes de uma gravidez visando corrigir, eliminar ou diminuir factores ou condutas de risco reprodutivo e/ou tratar patologias que possam alterar a evolução normal da futura gestação. A meta da orientação pré concepcional é que o casal receba toda a informação necessária para tomar decisões conscientes sobre seu futuro reprodutivo.

E ainda os mesmos autores acrescentam que “cuidado pré-concepcional define-se como um conjunto de intervenções com vista a identificar e modificar factores de risco reprodutivo antes da concepção, sempre que possível”.

Segundo Barbosa (2009: 40) “ao enfermeiro é dado, sobretudo o papel de orientar, ajudar a planear e a identificar e esclarecer algumas dúvidas que o casal possa apresentar sobre a concepção, tanto a nível fisiológico como psicológico”. Desta forma podemos ainda dizer que, enfermeiro, além de promover a saúde deve fazer uma avaliação cuidado da mulher (Ibid: 41).

Para Neto & Wartchow (2012: 49) “a consulta de enfermagem é uma actividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objectivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa”.

Segundo Sapienza & Bunduki (2008: 3) “a promoção da saúde pré-concepcional está focada em identificar as condições de risco reprodutivo, médico e social da mulher (bem como de seu parceiro), para que se possa proteger a mãe e o feto e garantir o seu desenvolvimento de forma segura durante a embriogénese”. O mesmo autor diz que “o aconselhamento pré-concepcional é uma oportunidade valiosa de rastrear os riscos, aconselhar medidas de promoção de saúde, iniciar acções preventivas e informar a paciente de forma contínua” (Ibidem).

Pois segundo Lowdermilk (2008: 80) “a prevenção e a manutenção da saúde são necessárias antes da gravidez, pois muitos riscos para a mãe podem ser identificados e eliminados”.

De acordo Fescina et al. (2010: 20-21):

Em algumas comunidades mais da metade das gestações não são programadas e a identificação da gravidez ocorre uma ou duas semanas após o atraso da menstruação, quando já aconteceu uma etapa crítica do desenvolvimento embrionário. Assim sendo, o embrião pode ter sido exposto a agentes ambientais nocivos, perdendo-se a oportunidade de promoção da saúde e de prevenção de defeitos congénitos. Entre as mulheres que de fato planejam uma gestação, um alto número não tem acesso a aconselhamento pré concepcional adequado que lhes permita encarar a gravidez em melhores condições. Algumas procuram orientação específica mas, geralmente, a mesma não está normalizada geralmente, a mesma não está normalizada Centro Latino-Americano de Perinatologia - Saúde da Mulher e Reprodutiva ou é limitada. Por isso é necessário comunicar e educar às mulheres em idade fértil sobre uma importante lista de factores que aumentam o risco materno-perinatal e que podem ser reduzidos e/ou reconhecidos nesta etapa.

Neste sentido George (2006: 3) alega que:

Promover a saúde no período pré-concepcional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos dos factores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação pode ser detectados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide e, portanto, recorra à vigilância pré-natal. A avaliação pré-concepcional do risco é, assim, um aspecto cada vez mais importante dos cuidados

pré-natais, apesar de – ou exactamente por isso - estarmos na era da terapêutica fetal e das técnicas diagnósticas invasivas.

1.4.2- Consulta Pré-Natal

O pré-natal é importante na prevenção de uma gestação de risco pois segundo Silva, Júnior, Ferreira, Nascimento, Aragão & Genestra (2009: 97) “o pré-natal é fundamental para a redução da mortalidade materna, ao mesmo tempo em que se torna um chamariz para as gestantes, pois é nele que elas encontram a segurança de uma gestação saudável e bem assistida”.

Nesta linha de ideia Marques, Morais & Lucas (2011: 10) acrescentam que:

O pré-natal é dotado de importância na medida em que contribui para a promoção e prevenção da saúde da gestante e do bebé, contribuindo com a qualidade de vida, minimização de riscos e agravos à saúde. É o período onde são executadas acções visando manutenção da saúde, direccionam-se acções abrangendo realização de procedimentos, exames, condutas, acções educativas em saúde contemplando amplos aspectos da saúde da mulher em seu ciclo gravídico puerperal, estendendo o cuidado também ao contexto familiar e social da gestante.

Fescina et al. (2008: 32) admitem ainda que:

A primeira visita deve ser realizada de preferência, durante o primeiro trimestre da gestação. Isto permite realizar oportunamente acções de promoção, protecção e recuperação da saúde que é a razão fundamental do controle. Permite, ainda a identificação precoce das gestantes de alto risco, o que possibilita planejar eficazmente o cuidado de cada caso no que diz respeito as características da atenção obstétrica que deve receber.

No entanto convém realçar que “a actuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica seu preparo clinico para identificação de problema reais e potenciais das gestantes, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado as diversas situações práticas” (Pereira & Bachionm, 2005: 66).

Marques, Morais & Lucas (2011: 39):

A prestação de cuidados de enfermagem durante o pré-natal traz o diferencial da aproximação de factores humanizadores a assistência, acção esta que favorece significativamente para a aceitação e contínua participação da gestante nos processos de promoção a saúde desenvolvidas durante o pré-natal com propriedade pelos profissionais de enfermagem. A influência que o profissional de enfermagem detém

sobre a assistência pré-natal é de grande relevância, colaborando para a transmissão de informações, pela prestação de cuidados, pela escuta terapêutica, e demais factores contribuindo em essência de sua profissão.

Além disso a “identificação dos riscos, juntamente com a intervenção adequada e oportuna durante o período pré- natal, pode prevenir a morbilidade e mortalidade materna e fetal”(Lowdermilk & Perry, 2008: 682) .

Gomes (2010: 128) frisa ainda que “o objectivo da assistência à gestante de alto risco é acolher e apoiar a mulher implementando uma assistência efectiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, que levam as mulheres à internação para a vigilância, o controle e a redução dos agravos em saúde materno fetal”.

Para Hassmiller (2011: 477) “o enfermeiro deve estar consciente dos alvos de alto risco e das vulnerabilidades actuais, assim como do que pode ser feito para eliminar ou reduzir a vulnerabilidade. De tal forma que, Costa & Sousa (2002: 19) “relata que a assistência pré-natal extremamente importante e deve ser iniciada tão logo suspeita a gravidez ou confirmado o seu diagnóstico”.

Convém salientar o que é defendido por Paras et al. (2000: 51) quando estes afirmam que a assistência pré-natal é realizada de seguinte modo:

- ✚ Orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc.;
- ✚ Realiza consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- ✚ Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço;
- ✚ Encaminha gestantes identificadas como de risco para o médico;
- ✚ Realiza actividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc.;
- ✚ Fornece o cartão da gestante devidamente actualizado a cada consulta;
- ✚ Realiza colecta de exame citopatológico.

Para colmatar a ideia Santos, Oliveira, Silva, Nascimento Feitoza & Nascimento (2009: 52) alegam que:

O ideal é que as mulheres iniciem o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, ou seja, assim que souberem da gravidez, evitando assim, complicações materno-fetais, haja vista que as consultas e exames permitem identificar problemas como alteração de PA, anemia, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue da mãe para o filho, como a AIDS e a sífilis. Alguns desses problemas podem causar o parto precoce, o aborto e até trazer consequências mais sérias para a mãe ou para seu filho.

CAPITULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICA






Este capítulo consiste em apresentar a metodologia da investigação em estudo, que tem como objectivo apresentar as questões metodológicas, fazer a descrição de todo o processo metodológico que foram usados no decorrer do trabalho, uma análise dos resultados obtidos através entrevistas semi-estruturadas. Isto permite também a realização de um estudo prático com o qual pretende dar respostas à pergunta de investigação e alcançar os objectivos propostos.

2.1-Metodologia

Segundo Prodanov & Freitas (2013: 14) “a metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade”. Ainda o autor Thiollent (2000: 25) acrescenta que “ (...) pode ser vista como o conhecimento geral e a habilidade que são necessárias ao pesquisador para se orientar no processo de investigação, tomar decisões oportunas, seleccionar conceitos, hipóteses, técnicas e dados adequados”.

Primeiramente foi delineado um projecto onde delimitou-se o tema da pesquisa, os objectivos, a pergunta de partida e de seguida as palavras- chave, Gestação, Factores de Risco, Prevenção e Intervenção de Enfermagem. Mas para fazer a fundamentação teórica do estudo houve a necessidade de recorrer a fontes bibliográficos como livros, artigos publicados, revistas, trabalhos de investigação produzidos em âmbito académicos, jornais e bases dados on-line.

Na segunda fase é a realização o trabalho propriamente dito. A metodologia desenvolvida é quantitativo e qualitativo, na presente investigação será apresentada neste capítulo, encontra-se dividida em cinco (5) etapas:

-  Tipo de estudo;
-  Técnica de pesquisa;
-  População alvo;
-  Os procedimentos éticos;
-  Tratamento de dados.

2.2- Tipo de estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo de natureza quantitativo e qualitativa descritiva, pois este método pretende conhecer as características de uma determinada realidade e com este método pretendo identificar as intervenções de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação.

Segundo Fortin (1999: 22) “ o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factores objectivos, de acontecimento e fenómeno que existem independentemente do investigador” e nesse âmbito foi feito um levantamento de dados dos factores de risco mais prevalentes na população atendida no CSRBV o que caracteriza o cariz quantitativo da investigação. Enquanto a Investigação qualitativa segundo Hicks (2006: 7) “é um meio pelo qual se pode obter perspectivas / descrições acerca de pontos de vista, opiniões, sentimentos e crenças, de uma pessoa, dentro de determinados parâmetros”. Devido ao uso de entrevista que foi feita as enfermeiras do centro.

2.3-População alvo

Segundo Hicks (2006: 323) “a população é um grupo de pessoas que tem uma característica em comum que é do interesse do investigador”. O público-alvo do referente estudo é constituído pelas quatro (4) enfermeiras que trabalham no CSRBV do Sector Maternal. Cada entrevista teve uma duração de 15 a 20 e estes foram gravados num dispositivo previamente testado.

2.4-Técnica de pesquisa

A colecta dos dados foi realizada mediante aplicação de uma entrevista semi-estruturada, entre os meses de Maio/Junho, com enfermeiras do Centro de Saúde Reprodutivo de Bela Vista na Sector Maternal, em que estes concordaram em participar na pesquisa, após serem esclarecidos sobre qualquer termo do estudo e utilizando um guião de entrevistas tendo com base os objectivos específicos traçados e a reflexão feita sobre a revisão de literatura em questão. A primeira parte desta entrevista visa caracterizar o perfil sociodemograficamente dos enfermeiros, segunda parte composta por entrevista semi-estruturadas de modo a responder os objectivos da pesquisa.

Para este estudo, interessa as entrevistas semi-estruturadas, pois fornece ao respondente a ocasião de exprimir seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado. O objectivo é compreender o ponto de vista do respondente. (Fortin, 2009: 376-377). Sousa e Baptista (2011: 80) acrescentam que a entrevista semi-estruturada “já tem um guião com um conjunto de tópicos ou perguntas a abordar na entrevista”.

No que tange a entrevista em si, Dencker (2001: 137) define-a “como sendo uma comunicação verbal entre duas ou mais pessoas, com um grau de estruturação previamente definido, cuja finalidade é a obtenção de informações de pesquisa”. Nesse sentido pode dizer que segundo Fortin, (2009: 379) “a entrevista tem como vantagem, a probabilidade de obter informações sobre temas complexos e carregados de emoção, com taxa de resposta elevadas e a obtenção de resposta é detalhadas e como inconveniência é que o seu custo elevado e o tempo requerido para a entrevista”.

2.4-Os procedimentos éticos

Um dos pontos importante do trabalho são princípios éticos pois para Fortin (1999: 114) “a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Primeiramente solicitando-se a autorização para a realização do estudo à directora do Centro de Saúde Reprodutivo Bela Vista que foi autorizada pela mesma encontra-se em anexo. Na realização das entrevistas foi respeitado o anonimato das enfermeiras e ainda solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo 2), onde tomaram conhecimento do trabalho a ser realizado e que concordam em tomar parte da pesquisa.

Segundo Streubert & Carpenter (2002: 33) afirmam que o consentimento informado “é quando os participantes a ocuparem-se num estudo de investigação. Asseguram que possuem informação completa, que compreenderam a informação e que escolhem livremente aceitar ou declinar a participação na investigação”. Ainda para preservar a confidencialidade dos participantes este serão apelidados com nome de flores.

2.5-Limitações da metodologia da colheita de dados

Um obstáculo encontrado foi a disponibilidade das enfermeiras, pois nem sempre era possível fazer a entrevista, devido a sobrecarga de trabalho que elas possuíam nas manhãs,

o tempo mais acessível era a partir do meio-dia, o que dificultava pois avaria um Ensino Clínico Profissional às 13:00 da tarde logo ficaríamos um pouco limitados devido ao horário.

2.6-Análise e discussão de dados

Nesse tópico apresenta-se análise e a discussão dos dados, iniciando com a caracterização das participantes do estudo, analisando as questões e a importância de cada uma. Segundo Quivy (1995: 183) “os resultados das análises constituem a execução do instrumento de observação, e ainda consistem em recolher ou reunir concretamente determinadas informações junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na amostra”.

A partir das declarações das enfermeiras e da análise obtida foi possível Classificar as repostas obtidas em quatro categorias, depois de ouvir as gravações e feitas as transcrições que serão apresentadas a seguir:

- ✚ Perfil Sociodemográfico- Que tem objectivo de conhecer as enfermeiras;
- ✚ Conceito chave- Que tem como objectivo observar qual é o conceito que as enfermeiras têm a gestação de risco e factores de risco.
- ✚ Factores de risco mais prevalentes na população atendida no CSRBV- Tem como objectivo identificar que os enfermeiros consideram de risco.
- ✚ Intervenção de enfermagem na prevenção de factores de risco na gestação- nessa categoria o objectivo é identificar as intervenções de enfermagem na prevenção dos factores de risco e prevenção das possíveis complicações. Depois de interpretar os dados colhidos entendeu-se ser pertinente a criação de uma subcategoria retractando o desempenho das enfermeiras nesse Centro.

1- Perfil Sociodemográfico

A caracterização do perfil sociodemográfico dos Enfermeiros entrevistados e a análise de conteúdo das respectivas entrevistas foi feita tendo com dados a idade e sexo.

Constata-se, que em termos da faixa etária estão encontram-se na faixa dos 42 a 56 ano, com a idade média de 51,2. Quanto á habilitação literárias pode-se constatar que 2 tem Ensino Secundário, uma (1) é Bacharel e a outra é Licenciada. Uma delas parálem de ter curso de enfermagem, possui formação na área de administração e comercio, duas delas

encontram-se neste momento a fazer o complemento do curso de licenciatura em enfermagem e uma possui especialidade na área de obstetrícia.

Quanto ao tempo de actividade profissional esta varia em média de 19,25 ano. Situando-se entre 4 a 30 anos. No que se refere aos anos de serviço neste centro, este varia entre 4 a 20 anos. Todos os enfermeiros entrevistados alegam que gostam de trabalhar na área de obstetrícia. Este é uma informação considerada importante na medida em que quando se gosta do que se faz há mais disponibilidade, empenho o que de certa forma repercute na qualidade dos cuidados disponibilizados as gestantes.

2- Conceitos chave

Para o estudo é importante a identificação de conceitos que se revelaram pertinentes para compressão de trabalho. É de salientar que quando se tem presente o conceito de gestação de risco a intervenção da enfermeira é mais precisa, nesse sentido convém referenciar Lowdermilk & Perry, (2008: 682) quando estes afirmam que “gestação de alto risco é aquela em que a saúde ou a vida da mãe ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido á gravidez”.

Quando questionadas sobre as suas percepções sobre o que é uma gestação de risco constatou-se que nas duas primeiras resposta, observa-se que as entrevistadas estão em conformidade pois ambas creditam que uma gravidez de risco possui um risco tanto para mãe como para o feto e ambos podem morrer durante a gravidez ou no parto. Na terceira resposta, a enfermeira considera que gestação de risco é aquelas que, devem ser feitas intervenções precisas visto que a gravidez não é uma doença. Na última resposta, nota-se que a entrevistada reconhece que é algo que pode intervir numa gravidez normal e para além de causar a morte pode causar mal formação e complicações tanto para a mãe como para o filho.

Essa é a leitura que se faz após a análise das seguintes respostas:

É quando a mãe e o bebé morrem durante a gravidez ou na hora do parto.

Enfermeira margarida

É aquela em que a mãe ou o feto podem morrer durante a gravidez ou na hora do parto. Enfermeira jasmim

É aquela em que é preciso algumas intervenções para a saúde da mãe e da criança, já que sabemos que a gravidez não é doença...” Enfermeira Violeta.

É aquela que pode colocar em causa a evolução normal de uma gravidez. Pode causar a morte, ma formação e complicação tanto para a grávida como para o feto...”enfermeira Rosa

Acredita-se que para minimizar os factores de riscos é necessário primeiramente conceptualiza-las pois para prestar cuidados aos utentes primeiro tem que saber definir os factores de risco e só depois enumera-las para melhor prestação de cuidados. O profissional de saúde tem que estar atento para poder agir de forma correcta mais para além de saber identifica-los tem que conhecer o são factor de risco.

Segundo Vaz, Santos & Carneiro (2005: 122) “Um factor de risco é uma característica inata ou adquirida de um indivíduo, que se associa ao aumento da probabilidade de este vir a sofrer ou falecer de determinada doença ou condição”.

Com as respostas pode-se observar que nem todas conseguem responder de forma clara e objectiva a questão colocada que caindo na tentativa de enumera-las ou invés de defini-la. Isso é visível nas respostas que seguem:

Factores de risco ou pessoas que podem estar disposta no trabalho, a algum veneno como aspiração ou contacto, também as pessoas que tem doenças hereditárias, falta controlo. Enfermeira rosa.

Os factores de risco são vários como a obesidade, deformação do esqueleto da mulher, a hipertensão, a anemia aborto de repetição, cesarianas no parto anteriores. Enfermeira Violeta

Houve quem esteve mais próximo a ideia postulada por Vaz, Santos & Carneiro (2005: 122):

Qualquer situação que aumenta a chance de ocorrer uma doença numa pessoa sã. Enfermeira jasmim

Aumento da probabilidade da ocorrência de uma doença que agrava a saúde e pode ser fatal-enfermeira margarida

3- Factores de risco mais prevalentes na população atendida no CSRBV

Uma vez identificadas a definição de factores de risco é importante identificar quais os mais frequentes nessa população atendida no CSRBV. É importante saber identificar os factores de risco para melhorar prestação de risco logo para Rattner & Lima (2012: 14) alegam que:

A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer factores que possam afectar adversamente a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, ou de cunho socioeconómico ou emocional. Para tanto, a gestante deverá ser sempre informada do andamento de sua gestação e instruída quanto aos comportamentos e atitudes que deve tomar para melhorar sua saúde, assim como sua família, companheiro(a) e pessoas de convivência próxima, que devem ser preparados para prover um suporte adequado a esta gestante.

Constatou-se que ambas partilham da mesma opinião ao identificar estes factores, as respostas foram semelhantes variando apenas a ordem da apresentação: multiparidade, obesidade, hipertensão arterial, anemia, cesarianas anteriores, grávidas de maior de 35 anos, hemorragia e infecção urinária e infecções. É de realçar que esses factores vão de acordo com os dados colhidos no CSRBV e com a pesquisa.

Anemia, cesarianas na gravidez anterior, infecção urinária e hipertensão arterial. Enfermeira margarida

4- Intervenção de enfermagem na prevenção factores de risco na gestação

Em relação a pergunta sobre quais intervenções de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação, três das enfermeiras estão de acordo partilhando a ideia de que a enfermagem deve actuar apostando na educação para tendo em conta os três níveis de prevenção, a Enfermeira Rosa responde que:

A consulta pré- concepcional faz parte da saúde reprodutiva... onde pode fazer analise, que devia fazer antes da gravidez, mais normalmente é depois...se tiver alguma doença para fazer tratamento antes da gravidez, com ela podemos planear a futuras gravidez mas também para evitar os riscos que podem vir a acontecer por isso é um factor importante na prevenção.

Enfermeira Rosa

A consulta pré-concepcional é importante pois através dela pode ser detectada factores de risco precocemente, prevenindo assim complicações futuras. Segundo os autores Calife, Lago & Lavras (2010: 28):

A orientação pré-concepcional deve atentar para a compreensão das informações por parte do casal, aproveitando-se para aconselhar sobre intervalo interpartal e planeamento familiar, além de estimular a mulher a sempre registar as datas das menstruações e buscar informação adicional, caso surjam novos agravos”.

A consulta pré-concepcional é feita através da educação para saúde onde os enfermeiros podem informar, aconselhar e ajudar na prevenção dos factores de risco mas ainda não é muito implementado e a população precisa ser estimulada a este tipo de consulta. Para isso os profissionais de saúde principalmente os enfermeiros, por estarem mas perto da população devem fornecer este estímulo pelo que a Enfermeira Rosa responde afirmando que a consulta pré- concepcional é:

Importante desde a sua implementação, nós os enfermeiros é que temos que começar a divulgar, porque se pessoas tiveram noção do que é consulta pré-concepcional para planearem uma futura gravidez mas também para evitar os riscos que podem vir a acontecer por isso é um factor importante na prevenção dos riscos.

Calife, Lago & Lavras (2010: 28) alegam ainda que:

Poder planejar a gravidez e ser preparada adequadamente para essa fase é um direito das mulheres. Infelizmente, essa prática ainda não é adoptada pela maioria da população e tampouco tem sido estimulada pelas instituições de saúde. Para que isso ocorra, a unidade de saúde deve estar preparada para essa demanda e estimular a população a buscar esse recurso. Isso é especialmente importante para grupos mais susceptíveis, como as adolescentes (Ibidem).

Nesse ponto é de realçar que todas enfermeiras também concordaram que o pré-concepcional é um factor importantes na prevenção dos factores de risco auxiliando na diminuição de possíveis complicações, respondendo que:

É muito importante na medida em que nessa altura prever e actuar. Só que não há hábitos ou as nossas mulheres raramente vão a uma consulta antes de estarem grávidas. Isto porque muitas dessas gravidezes não são planeadas.-

Enfermeira Violeta

Sim, é importante porque previne gravidez indesejada, permite identificar factores de riscos, comportamento mentais e sociais para a saúde da mulher, prevenir, gerir o resultado da gravidez.-

Enfermeira Jasmim

Sim, porque fazendo uma anamenese á mulher e solicitando exames complementares de diagnóstico.-

Enfermeira Margarida

Para finalizar esta ideia convém referir os autores Calife, Lago & Lavras (2010: 28) afirmam que “a orientação pré-concepcional deve atentar para a compreensão das informações porparte do casal, aproveitando-se para aconselhar sobre intervalo interpartal

e planejamento familiar, além de estimular a mulher a sempre registrar as datas das menstruações e buscar informação adicional, caso surjam novos agravos”.

A mesma questão foi feita em relação ao pré-natal e apurou-se que pré-natal de qualidade deve acompanhar gestação desde a primeira suspeitada gravidez garantindo que a gestação seja tranquila para gestante, dando orientações reconhecendo as mudanças que ocorrem em seu corpo e as intercorrências preparando-a para o parto e pós-parto, para isso o profissional deve actuar apostando o pré-natal.

Segundo Ribeiro (2011: 33):

O pré-natal é a oportunidade que a mulher tem de participar de atividades educativas, ou seja, de preparar-se para realizar os cuidados com o bebê, amamentá-lo e vivenciar um período puerperal mais tranquilo, durante o qual colocará em prática todos os conhecimentos adquiridos.

Em relação a percepção das enfermeiras entrevistadas sobre a importância do pré-natal, na prevenção de factores de risco na gestação, ambas acreditam que ela é de extrema importância e respondem que:

*Sim, porque durante a consulta pré-natal podemos identificar os factores de risco, modifica-los ou geri-los de forma que não afectem negativamente a gravidez e o parto. **Enfermeira Jasmim***

*Acredito que 90% dos factores de risco são detectados e preveni-los na consulta pré-natal. **Enfermeira Violeta***

*Consulta pré-natal é importante devido algumas complicações que surgem durante a gestação, visto que muitas pessoas que tem uma gestação normal mas no fim surge factor de risco. **Enfermeira Rosa***

*Sim porque o resultado dos exames ira decidir se a mulher apta para engravidar e para evitar uma gravidez de risco- **Enfermeira Margarida***

E nesse ordem de ideias é de salientar o que refere Parras et al. (1998: 8) “(...)a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, através da utilização dos conhecimentos técnicos-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis”.

4. 1- Desempenho/ Contributo das Enfermeiras

Para a melhoria da qualidade de atendimento prestado neste Centro ambas defendem que tem feito um trabalho qualidade, com objectivo de garantir melhor cuidados de enfermagem visando também a satisfação das grávidas.

Nesse âmbito desenvolvem secções de educação para saúde através de palestras, secções de atendimento as grávidas reuniões nas escolas e nas comunidades para fornecer informações, participam em campanhas e actividades educativas. Nesse sentido todas acreditam que tem dado um contributo especial para o desenvolvimento de cuidados qualidade e sensibilizando os utentes sobre a importância do pré- concepcional e pré- natal na prevenção dos factores de risco na gestação.

As respostas dadas formam idênticas na medida em que acreditam que as intervenções desenvolvidas no centro para a prevenção dos factores de risco são:

Educação a população e a todas as mulheres para início da actividade sexual, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, consulta pré- concepcional e consulta pré-concepcional, planeamento familiar. Enfermeira Violeta

Com a pesquisa bibliográfica bem como com as entrevistas realizadas, ficou comprovada que de facto a prevenção dos factores de risco na gestação, deve ser desenvolvida apostando na consulta pré-concepcional e posteriormente no pré-natal. Isso realça a importância que o enfermeiro tem nesse processo preventivo, e que sobretudo ele deve estabelecer laços de confiança com as gestantes.

Para que isso ocorra o enfermeiro deve saber aproveitar das as suas consultas com as gestantes para fornecer-lhes informação, esclarecer duvidas e inquietações, prestar apoio, e mostrar-se disponível.

Nesse sentido é de realçar que “a consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa” (Neto & Wartchow, 2012: 49).

Os mesmo autor acrescenta que:

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá

contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo”(Ibidem).

E assim chega ao fim dos Analise dos dados, satisfeita pois apurou-se que as quatros (4) enfermeiras entrevistadas estão cientes da importância da consulta pré-natal, consulta pré- concepcional na prevenção dos factores de risco na gestação. Todos alegam ainda que estão trabalhando com a comunidade no sentido de sensibilizando-as para aderirem a essas consultas.

III- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da monografia, proporcionou momentos de reflexão e permitiu ampliar os conhecimentos acerca da gestação de alto risco, revelando-se uma experiência satisfatória. O estudo permitiu ainda identificar os factores de risco mais prevalentes na população atendida no CSRBV, bem como as intervenções de enfermagem prestadas na prevenção desses mesmos factores.

Foi a partir do Ensino Clínico neste referido Centro que surgiu essa problemática, com o objectivo de identificar as intervenções de enfermagem de modo a diminuir os factores de risco durante a gestação. Considera-se o tema de grande pertinência pois teve-se a oportunidade de ver a importância do enfermeiro na prestação de cuidados a nível preventiva às grávidas.

Na gestação, diversas alterações estão presentes na vida de cada mulher, sendo de suma importância a percepção desses factores, pelos profissionais de saúde, de modo a amenizar os aspectos que possam influenciar negativamente a gestação e a qualidade de vida do binómio mãe e filho.

Logo, o enfermeiro tem a função de actuar na prevenção, a fim de evitar ocorrências anormais que possam por em riscos a vida do binómio mãe e filho. Quando se manifesta quaisquer que sejam as alterações, o papel do enfermeiro é de consciencialização, de modo a obter resultados eficazes. Ainda, no que diz respeito a prevenção é de realçar que o enfermeiro deve possuir uma competência necessária para ser capaz de aconselhar, informar, e educar de modo a manter o bem-estar da mulher, minimizando a incidência desses factores.

Com o desenvolvimento do trabalho, foi possível averiguar que as consulta pré-concepcional e pré-natal são dois factores importantes na prevenção, evitando o aparecimento desses factores, minimizando as complicações, em que o objectivo principal da consulta pré-concepcional é identificar os factores de risco antes da concepção por parte do casal de modo a garantir uma gestação futura saudável. Por outro lado, as consultas do pré-natal permitem uma identificação e redução das complicações durante o período de gestação.

Com a entrevista foi possível averiguar que as enfermeiras estão cientes dos factores de risco que podem ocorrer durante uma gestação e dessa forma prevenir tais factores, evitando as complicações futuras e melhorar a qualidade de vida da grávida e posteriormente do bebé.

Pode-se assim dizer que o enfermeiro é imprescindível na prestação dos cuidados as gestantes visto que este é o primeiro a estar em contacto com a gestante na primeira consulta e com isso é de extrema importância que o enfermeiro efectua um atendimento de qualidade de modo a prevenir e contribuir para a detecção precoce dos factores de risco na gestação.

As gestantes que frequentavam o CSRBV, após serem atendidas pelas enfermeiras são enviadas para serem examinadas pelo médico e, caso fosse detectado algum factor de risco, as mesmas eram encaminhadas para a Maternidade do Hospital Baptista Sousa. Tendo em conta esses constrangimentos, foi criado no início do ano de 2014 um guião com os critérios de classificação da grávida (Anexo 4) e encontra-se no Centro desde o mês de Abril. O enfermeiro deve preencher e enviar ao médico do Centro para avaliação do risco e com isso é definido se as gestantes vão ser acompanhadas no Centro de Saúde ou no Hospital.

Ao realizar este estudo, deparou-se com alguns obstáculos e limitações como a falta de livros, a disponibilidade das enfermeiras mas, apesar de tudo, foram superadas essas barreiras e pode-se dizer que o estudo foi concluído com satisfação, permitindo a aquisição de novos conceitos desconhecidos, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências tanto profissionais como pessoais.

Conclui-se que a assistência a gestante compreende um conjunto de procedimentos que implicam a utilização de conhecimentos técnico-científicos e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, de modo a garantirem um acompanhamento adequado dos processos fisiológicos, naturais e espontâneos, bem como rastrear o desencadeamento de factores que podem interferir na saúde do binómio mãe e filho. Nesse aspecto espera-se que o trabalho que agora se apresenta possa contribuir nesse sentido.

IV- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Jonathan Henrique Anjos de; COSTA, Karina Feital da; Mariana Ribeiro LOPES; Thayssa Cristina da Silva BELLO; Vanessa Diniz do NASCIMENTO; SOUZA, Vinicius Rodrigues de (s/d). *Assistência de enfermagem a gestante com infecção urinária: estudo de caso*.

Disponível: http://www.abeneventos.com.br/anais_sben/74sben/pdf/273.pdf 26/04/2014

ANDRADE, J.S; ARAÚJO, D.Y.M.L; GONÇALVES, L.R.R (2009). *Assistência DE Enfermagem à Gestante com Anemia Falciforme*. VI congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica E Neonatal. Disponível em:

<http://abenfopi.com.br/vicobeon/POSTERS/PSP/Files/Assist%C3%A4ncia%20De%20Enfermagem%20C3%80%20Gestante%20Com%20Anemia%20Falciforme.pdf> 23/5/2014

ANDRADE, Priscilla Chamelete; LINHARES, José Juvenal, MARTINELLI; Silvio; ANTONINI, Marcelo; LIPPI, Umberto Gazi; BARACAT Fausto Farah (2004). “Resultados Perinatais em Grávidas com mais de 35 Anos: Estudo Controlado”, *RBGO*, Volume 26,nº 9 (697-702). Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf> 19/ 05/2014

ASSONI, José Fernando (coord) (1995). *Manual de orientação básica para equipa de enfermagem: Prevenção do HIV E Assistência À Pessoas Portadoras do HIV e de AIDS*. Brasília, Ministério da Saúde.

BACELO, Teresa Maria; LOPES, Maria Soledade (2009). “Antecipar a Vida Consulta Pré-concepcional – Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André –Leiria”, *Revista Porto Clina Geral*, Volume 25, (19-29). Disponível:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf

BAGIO, Rita de Figueiredo (2009). *Protocolo para assistência ao pré-natal e puerpério*. Reedição, Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo.

BARBOSA, Vanessa Daniela Oliveira do Couto (2009). *Importância conferida pela grávida á consulta pré- concepcional*. Universidade Fernando Pessoa. (Monografia). Disponível em: bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1602/2/MONO_15715.pdf 6/6/2014

BARROS; Sonia Maria Oliveira de; COSTA, Cláudia Aparecida Ribeiro (1999). “Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva”, *Revista latino-american enfermagem*, volume 7, nº 4 (105-111). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n4/13495.pdf> 23/4/2014

BERBEL, Loriany Andréia Strobel; GURAL, Nayla Regina Gebhardt; SCHIRR, Fabíola (2011). “Orientações de enfermagem durante o pré natal para a prevenção da infecção do trato urinário”. *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná*, Volume 1,nº 1 (13-22). Disponível em:

<http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/download/9/9>
[13/04/2014](#)

CALIFE, Karina, LAGO, Tania; LAVRAS, Carmen; (2010). *Atenção à gestante e à puérpera no SUS manual técnico do pré-natal e puerpério*. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo.

CARRARA, Gisleangela L.R; OLIVEIRA, Jéssica Priscila (2013). “Actuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica”, *Revista Fafibe On-Line*, Volume 1, nº 6 (96-103)

CECATTI, José Guilherme; PARPINELLI, Mary Ângela; SERRUYA, Suzanne Jacob, REIS, Verónica Batista Gonçalves dos (2005). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico*. Ministério da Saúde, Brasília.

CORBETT, Webb Robin (2008).”Gravidez de risco: Patologia pré-existente” In, Dietra Leonard Lawdermilk; Shannone PERRY (2008).*Enfermagem na Maternidade*.7ªed,Lusoditactica.

COLLIÉRE, Marie Françoise (1989).*Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa

COUTO, Germano (2003). *Preparação para Parto Representação Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de Área Rural*. Lusociência, Loures.

CZERESNIA, Dina (2003). *Acções de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS*. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1602/2/MONO_15715.pdf
4/5/2014

DENCKER, Ada de Freitas M (2001). *Pesquisa Empírica em Ciências Humanas*. Futura, São Paulo.

ENGLEMAN, Cláudia Regina (2009). *Gestação de alto risco, factores de risco predominantes em mulheres atendidas no centro de atendimento mulher em dourados*. (Monografia), Universidade estadual do mato Grosso do Sul, dourados. Disponível

em:http://www.uems.br/portal/biblioteca/repositorio/2011-08-26_14-41-30.pdf

12/12/2013.

FERNANDES, Washington Luiz; SOUZA Roberta dos Santos; LINS, Renata Corrado; Gabriel Garbelini; FOGAÇA; MENDONÇA, Gabriel Rodrigues de (2010). “Assistência de Enfermagem à Gestante com Eclampsia e Pré-Eclampsia”, *VII Simpósio Internacional de Ciências Integradas da UNAERP Campus Guarujá*. Disponível em:<http://www.unaerp.br/index.php/sici-unaerp/edicoes-antiores/2010/secao-1-6/1183-assistencia-de-enfermagem-a-gestante-com-eclampsia-e-pre-eclampsia/file> 10/3/2014

FERREIRA, Mari Elen; CAMPANA; Hellen Carla Rickli (2004). “Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez”, *Revista Uningá*, nº 1, (39-46). Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130716_162416.pdf 19/12/2013

FESCINA, Ricardo; MUCIO, Bremem; ROSSELLO, José Luis Diaz; MARTINEZ, Gerardo; GRANZOTTO, José; SCHWARCZ, Ricardo (2008). *Saúde Sexual e Reprodutiva: Guias para a Atenção Continuada da Mulheres do Recém- Nascido Focalizada na APS*. Uruguai, Centro Latino- Americano de perinologia/ Saúde da Mulher e Reprodutiva.

FIGUEIREDO, Ana; GOMES, Guida; CAMPOS, Ana (2012). “Infecções urinárias e gravidez - diagnóstico, terapêutica e prevenção”. *Acta Obstet Ginecol Port*, Volume 6,nº 3, (124-133). Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_608.pdf 12/04/2014

FILHO, Ernesto António Figueiró; BISPO, Adecir Mário Bezerra; VASCONCELOS, Mônica Miranda de; MAIA, Mirna Zandonadi; CELESTINO, Francis Giovanni (2009). “Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais”, *Revista Feminina*, Volume 37, nº3, (165-171).<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n3-p165.pdf> 10/6/2014

FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Edição técnica, Loures, Lusociência.

FORTIN, Marie Fabian (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 1ªed, Loures, Lusodidactica.

GAMA, João Paulo (2009). “Enfermagem, um pilar na prestação de cuidados de saúde”, *Informação de Espírito Santos Saúde*. Volume 4, nº 3 (38-48).

GEORGE, Francisco (2011). Prestação de Cuidados Pré-concepcionais. *Circular Normativa*. Volume, nº 2, (1-5). Disponível em: <file:///C:/Users/Residencial/Downloads/i007545.pdf> 6/6/2014

GOIS, Ana Lúcia Costa; Cravo, Oliveira, Eloisa; MENDES, Rosemar Barbosa (2010). *Infecção do trato urinário e trabalho de parto prematuro: a realidade em uma maternidade referência para alto risco em aracaju* (se). Disponível em: http://www.unit.br/Publica/2010-1/BS_INFECCAO.pdf 17-05-2014

GOMES, Aline Grill; DONELLI, Tagma Marina Schneider; PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, Rita de Cássia Sobreira (2008). “Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empírico”, *Interacção em Psicologia*, Curitiba, Volume 12, nº1 (199-106). Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/5242/9214> 19/02/2014

GOMES, Limcarla Fabiole de Sousa, (2012). *Diagnóstico de enfermagem em gestantes: revisão integrativa de literatura*. (Monografia), Universidade federal de Ceará, Fortaleza. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4619> 12/ 12/2013

GOMES, Maya Luduvine, (coord) (2010). *Enfermagem obstétrica: Diretrizes assistenciais*. Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio Janeiro.

GONÇALVES, Záfia Rangel; MONTEIRO, Denise Leite Maia (2012). “Complicações maternas em gestantes com idade avançada”, *Revista feminina*, Volume 40, nº5 (276-279). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf> 23/3/2014

HASSMILLER, Susan b, (2011). “Bioterrorismo e Gestao de Catastrofes”. in Márcia STANHOPE; LANCASTER, Jeanette. *Enfermagem Saúde Publica, Cuidados e Saúde na Comunidade Centra as na População*. 7ªed, Lusoditactica, Lisboa.

HENRIQUES, Alameada D. Afonso (2000). *Saúde Reprodutiva: Doenças Infeciosas e Gravidez*. 11ªed, Lisboa, Direcção- Geral da Saúde.

HICKS, Coralyn (2006). *Método de investigação para terapêuticos clínicos: concepção de projectos de aplicação e análise*. 3ª ed, Lusociência, Portugal.

HUTTLINGER, Kathleen & SCALLER Jennifer, (2011). “Perspectiva mundial os cuidados e saúde”. in STANHOPE Márcia; LANCASTER, Jeanette. *Enfermagem Saúde Publica, Cuidados e Saúde na Comunidade Centra as na População*. 7ªed, Lusoditacta, Lisboa.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E ; BOBAK, Irene M. (2008). “O Cuidado em Enfermagem Materna”. in LOWDERMILK Deitra Leonard e PERRY, Shannon. *Enfermagem na maternidade*. 7ª ed, Lusodidacta, Lisboa.

LOWDERMILK, Dietra Leonard (2008). “Avaliação inicial e promoção da saúde” in Dietra Leonard Lawdermilk e Perry Shannon. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed, Lusoditacta, Portugal.

LOWDERMILK, Dietra Leonard; PERRY, Shannon E (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ªed, Lusoditacta, Portugal.

LIMA, Érica Mayara Alves de; PAIVA, Luciana Ferreira; AMORIM, Rosely Kalil de Freitas Castro Carrari de (2010). *Conhecimento e atitudes dos enfermeiros diante de gestantes com sintomas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS)*. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abrjun/V28_n2_2010_p151-154.pdf. acesso em: 14/12/2013.

LIMA, Riceli Alves ; MENDES, Sheila Souto; PASSOS, Ana Beatriz Barbosa (2009). “Vivenciando A Maternidade Tardia E Conhecendo Seus Aspectos Influenciadores”, *Revista Enfermagem Integrada*, Volume 2, nº 2 (310-319). Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2_2/Riceli_Sheila_e_Ana_Beatriz.pdf 9/6/20014

LUCENA, Elza da Silva; ARANTES, Sandra Lucia. (2006). “Infecção urinária em gestantes que frequentam o pré-natal de baixo risco no núcleo de hospital: intervenção de enfermagem para prevenção e tratamento”, *Rede de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica*. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26012809012.pdf> 17/05/2014

LUCIANO, Marta Pelizzari; SILVA, Eveline Franco da; CECCHETTO, Fátima Helena (2011).Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. *Revista enfermagem*, volume 5, nº5 (1261-266). Disponível em: <file:///C:/Users/Presidente/Downloads/1727-19691-1-PB.pdf>

MARQUES, Franciely Aparecida Reis; MORAIS, Juliana Maria de; LUCAS, Lais Aparecida (2011). *Pré-Natal: Promoção À Saúde Mãe-Filho*. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais Campus Muzambinho Curso

Técnico em Enfermagem. Disponível em: http://www.muz.ifsuldeminas.edu.br/attachments/1062_pre_natal.pdf 23/5/2014

MATOS, Carlos Albertos, (coord), (2001). *Gestante de Alto Risco*. Ministério de Saúde, Brasília.

MELO, Caius César Araújo; MENDES, Lana Carla de Souza; VIANA, Lucian da Silva; SOUSA, Thamires Pestana; LIMA, Rodrigo Lira Sousa; BARROS, Lena Maria (2011). *Relato de Experiência: Assistência de Enfermagem a uma Gestante de Alto risco, Cuidados de Enfermagem Ética e Inovação*.nº72 (224http://www.abennacional.org.br/secaoma/arquivos/ANAIS_SBE_n_2011.pdf

MENESES, Gemma Galgani Martins de (2011). *A produção do cuidado do enfermeiro a mulheres internadas em uma maternidade: estratégia para a integralidade do cuidado*. Fortaleza–Ceará. (monografia).Disponível em: http://www.uece.br/cmaccilis/dmdocuments/gemma_galgani.pdf 14 /6/2014

MENEZES, Ana Gabriela Mota Pereira de; Gobbi, Débora (2010.). “Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: actuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos”. *O Mundo da Saúde*. Volume 34,nº 1(97-102). Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundosaude/74/13_revisao_Educacao.pdf 9/6/2014

MONIZ, Manuel José (2003). *A Enfermagem E a Pessoa Idosa*. Edições Técnicas e científicas, Lusociência, Lisboa.

MOREIRA, Miriam Georgina Maria Martins, (2013). *Importância DA Educação em Saúde NA Atenção AO Pré-natal*. Universidade Federal De Minas Gerais. (Monografia). Disponível em: www.nescon.medicina.unfmg.br/biblioteca/imagem/4024.pdf 23/4/2014

MOURA, Luciana Chacur de; PEDROSO, Marilda de Almeida (2003). *Revista Enfermagem UNISA*, Volume 4 (70-75). Disponível: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-16.pdf>.

NETO, Aristides Vitorino de Oliveira; WARTCHOW, Elisabeth Susana (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*.32ªed,Ministério da Saúde, Brasil.

NETO, Ximenes, F.R; MELO, J. R (2005). “Controle da Hipertensão Arterial na Atenção Primária em Saúde- uma Análise das Práticas do Enfermeiro”, *Enfermería Global*, nº 6 (1695-6141). Disponível: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/506/552>

OLIVEIRA, Regina Lopes; SANTOS, Márcia Elena Andrade (2011). “Educação em saúde na estratégia saúde da família conhecimentos e práticas do enfermeiro”, *Revista*

Enfermagem Integrada, Volume 4, nº2 Disponível em:

http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira, (2008). *Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz a escuridão*. (Dissertação), Universidade federal de Minas gerais. Belo Horizonte. Disponível em:

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-7DXHCW/virg_nia_junqueira_oliveira.pdf?sequence=1 22/11/2013

OLIVEIRA. Caroline Schweitzer (2010). *Protocolo de atenção integral é saúde da mulher*. Secretaria municipal de Saúde. Tubarão.

OLIVEIRA, M.M; PINTO, I.C; COIMBRA, V.C.C. (2007). “Prática e Significado da Prevenção do Colo Uterina e a saúde da família”, *Revista Enfermagem*, volume 15, Nº 4.

PASCOAL Istênio F (2002). “Hipertensão e Gravidez”, *Revista Brasileira Hipertensão*, Volume 9 (256-261). Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaogravidez.pdf> 23/11/2013

PAVEGLIO, Diane; MILANI, Suzan Cristini (2009). *Gestação de Alto Risco na Clínica da Mulher: Diagnóstico da Incidência dos Riscos Gestacionais Relacionados com o Local de Moradia das Gestantes no Município de Chapecó-sc*. Universidade do Estado de Santa Catarina. Disponível em:

<http://www.pergamum.udesc.br/dados-bu/000000/000000000000F/00000F9C> pdf 20/ 01/2014

PEIXOTO, Isaura Maria Bata Henriques (2013). *Educação para saúde: Contributo para prevenção do cancro*. Lusociência, Loures.

PEREIRA, Sandra Valeria Martins. BACHION, Maria Márcia (2005). “Diagnóstico de Enfermagem Identificados em Gestantes durante Pré-Natal”, *Revista Brasileira De Enfermagem*, Volume 58 (66-660). Disponível: em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600006 22/4/2014

PERRY, Shannon (2008). “Enfermagem Materna Contemporânea”, in Deitra Leonard LOWDERMILK e Shannon Perry (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7ª ed, Lusodidacta, Lisboa.

PARRAS, Angel P; SCHIRMER, Janine; FILHO, José Ferreira Nobre Formiga; FAJARDO, Martha Lígia; REIS, Paulo Afonso Kalume; CHACEL, Pedro Pablo; VIOLA, Regina Coeli (1998). *Assistência Pré-Natal*. 3ªed, Ministério Saúde, Brasília.

POTTER, Patrícia e PERRY, Anne. (2006). *Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos*. 5ª ed, Lusociência, Lisboa.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernâni César (2013). *Metodologia de Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisas e do Trabalho académico*. 2º ed, Feevele, Rio de Janeiro da Sul .

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed, Gradiva, Lisboa.

RAMOS, Margareth; OLIVEIRA, Nilza Neves; SILVA, Neusa Lima (2012). *Gravidez de Risco*. 1ªed, Ministério Saúde, Brasil.

RATTNER, Daphne; LIMA, João Batista Marinho C (coord) (2012). *Manual Técnico: Gestação e Alto Risco*. 5ªed, Manual Saúde, Brasília.

REZENDE, Jorge. (2000). *Obstetrícia*. 9ªed, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

RIBEIRO, Adellâynne Gomes; LIMA, Gleisson Rosa de; Prof. Esp. Edna Aparecida Moraes da Silva. (2013). *A actuação da enfermagem na prevenção da hipertensão gestacional. Seminário de Pesquisas e TCC da FUG no semestre 2013-1*. Disponível em: <http://fug.edu.br/2010/pdf/tcc/A%20ATUACAO%20DA%20ENFERMAGEM%20NA%20OPREVENCAO%20DA%20HIPERTENSAO%20GESTACIONAL.pdf> 3/2/2014

RIBEIRO, Josiele Zorzolli Bretanha (2011). *Importância das orientações no pré-natal: conhecendo a visão das puérperas*. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. (monografia) Disponível em: http://educacao.fau.com.br/site/arquivos/arquivo_20130624151543pdf 3/2/2014

ROMANI, Marta Alice Venâncio (coord), (2006). *Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério*. 2ª ed, Secretaria do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SA, Carlos Albertos Moraes; RUBINI, Norma; ROCCO, Regina (2000) “AIDS e a gravidez”. in Jorge Rezende. *Obstetrícia*. 9ªed, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

SANTOS, Elaine Ferreira dos; OKAZAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim (2012). “Assistência de enfermagem à gestante seropositiva para o HIV”, *Revista Enferm UNISA*, Volume 13, nº1 (33-6). Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-05.pdf> 4/5/2014

SASS, Nelson; SANTOS, Jorge ferreira kuhn dos; ATALLAH, Alvaro Nagib; CAMANO, Luiz (2002). “Hipertensão arterial crónica leve e moderada na gravidez”, *Revista Feminina*, Volume3 e nº 7 (449-483). Disponível em: http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/apl/artigos/artigo_483.pdf 7/7/2014

SANTOS, Fernanda Maria (2010). “Anemia”. *info boletim criogenesis*. São paulo. Volume 1. 2ª ed. Disponível em: http://criogenesis.com.br/pdf/IN_FOCO_II.pdf 13/12/2014

SANTOS, Nívea Cristina Moreira (2004). *Assistência de Enfermagem Materno-infantil*. 1ª ed, Látia, São Paulo.

SANTOS, Patrícia Buono dos (2012) *Anemia ferropriva na gestação*. Trabalho de Conclusão de Curso. Rio Janeiro. Disponível em: <http://www.uezo.rj.gov.br/tccs/ccbs/monografia-patricia-buono.pdf>

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; OLIVEIRA, Fabíola Maria Lopes de; SILVA, Marlucilena Pinheiro da; NASCIMENTO, Jennara Cândido do; FEITOZA, Janaína da Silva; NASCIMENTO, Rosana Oliveira do (2009). “Factores de Risco para a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez”, *Revista Brasileira São Paulo*, volume 22, nº1 (48-54). Disponível: [httpfile:///C:/Users/UtilizadorMD/Downloads/TaniaReginaSchupp%20\(1\).pdf://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/366/2249](httpfile:///C:/Users/UtilizadorMD/Downloads/TaniaReginaSchupp%20(1).pdf://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/366/2249)

SAPIENZA, Andreia David; BUNDUKI, Victor (2008). *Cuidados Pré-Concepcionais Visando à Promoção da Saúde do Feto. Medicina fetal actual*, Volume 4, nº 1. Disponível em: <http://www.fqm.com.br/Site/br/docs/mf012008.pdf> 12/3/2014

SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO(OLIVEIRA%3BSANTOS).pdf 22/11/2013

SERRANO, Maria Teresa Pereira; COSTA, Arminda da Silva Mendes Carneiro da; COSTA, Nilza Maria Vilhena Nunes da (2011). “Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s)”, *Revista de Enfermagem Referência*, Volume 3(15-23). Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a02.pdf> 6/5/2014

SILVA, Kássia Danielle de Moura; SANTOS, Sônia Maria Josino dos; ALBUQUERQUE, Thaíse Torres de; ROCHA, Fabiana Lucena, ARAÚJO. Thelma Leite de. (2013) *Intervenções de Enfermagem nas Gestações de Alto Risco: Estudo Bibliométrico*. Rio Norte, Brasil, Volume 17(2759-2761). Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1751po.pdf 13/12/2014

SILVA, Lúcia; SANTOS, Renata Cerqueira; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima (2004). “Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabética”, *Revista Latino-am*, volume 12, nº6 (899-904). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a08>

SILVA, Marcos Nascimento; JUNIOR, Sylvio Costa; FERREIRA, Nádia, NASCIMENTO, Daiana Maria; ARAGÃO, Júlio César Soares; GENESTRA, Marcelo (2009). *Saúde Materna: A importância da assistência pré-natal. Pós-Graduação. Cadernos UniFOA, Edição Especial. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/especiais/pos-graduacao/02/97.pdf>* 10/01/2014

SOUSA,M.J; BAPTISTA, C.S. (2011). “*Como fazer uma investigação, dissertação e relatórios*”. Pactor, Lisboa.

SOUZA, Heloísa Machado de (coord) (2000). *Manual técnico: Assistência pré-natal*. 3ª ed, Ministério da Saúde, Brasília .

SPINELLI, Maria Benita (2008). *Atenção Humanizada à Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal Pauta de Obstetrícia*. EDUPE, Recife.

STREUBET, Helen J; CARPENTER, Dona R (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista*.2ªed,Lusociência, Portugal.

THIOLLENT, Mário (2000). *Metodologia da Pesquisa*. 9ª ed. São Paulo.

VAZ, Domingos; SANTOS, Laura; CARNEIRO António Vaz (2005). “Factores de Risco: Conceitos e Implicações Práticas”, *Revista Porto Cardiologia*, volume24, nº 1 (121-131). Disponível em: www.spc.pt/DL/RPC/artigos/210.pdf 10/3/2014

WATSON, Jean (1999).*Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar de uma Teoria Enfermagem*. Lusociência, Portugal.

ZANOTTI, Daniela Cristina; ZAMBOM, Aline; CRUZ, Helen Cristina Ferrato da (2009). *Orientação de enfermagem na educação em saúde á gestante com doença hipertensiva específica da gestação, dheg. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO35268199803.pdf>* 23/02/2014

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Solicitação

Anexo 2 – Guião Entrevista

Anexo 3 – Termo Consentimento Informado

Anexo 4 – Critérios Classificação no Pré- Natal

Anexo 5 – Cronograma

ANEXO 1 - Solicitação de Autorização para Desenvolver a Pesquisa no CSRBV



UNIVERSIDADE DO MINDELO
Sapientia Ars Vivendi



11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE

Exmo. Senhor (a)

Directora do Centro Saúde Reprodutivo Bela Vista

Dr. (a) Emily Santos

Autorizado
14/04/2014

Dórica Patrícia Lima Lopes aluna N° 2337, do 4ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, pretende desenvolver um estudo para fins académicos intitulada **Intervenção de Enfermagem na Prevenção dos Factores de Risco na Gestação** no período de Abril a Junho de 2014. Pelo que vem por este meio mui respeitosamente solicitar à Vossa Excelência que se digne autorizar a recolha de dados sobre os factores de risco na gestação mais prevalentes na população (gestantes) atendida no Centro de Saúde Reprodutivo de Bela Vista.

Pede deferimento,

Mindelo, 14 Abril de 2014

Requerente

Dórica Patrícia Lima Lopes

/ Dórica Patrícia Lima Lopes /

Anexo 3- Termo de Consentimento Informado

Prezado(a),

Gostaria de convidá-la a participar na pesquisa cujo tema é: **A Intervenção de Enfermagem na Prevenção dos Factores de Risco Gestação**, a ser realizada no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista.

Os objectivos da pesquisa são: identificar os factores de risco na gestação, perceber como a Enfermagem pode intervir para prevenir e minimizar as complicações no binómio mãe-filho.

A sua participação é muito importante, porque proporcionará maior conhecimento e, neste sentido, contribuirá para melhorar a qualidade do serviço prestado.

Informo-lhe que as informações serão gravadas em áudio, com uma duração que oscila entre 10 a 15 minutos. Todas as informações recolhidas serão utilizadas unicamente nesta pesquisa e serão tratadas com absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar a sua identidade.

A sua participação é gratuita, poderá desistir caso assim decidir e, caso concordar e aceitar participar, precisa assinar este termo de consentimento.

Eu, _____ concordo em participar no estudo, cujo tema é: _____, após ter sido informada e esclarecido pela pesquisadora.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da participante

Anexo 3- Guião de Entrevista para Enfermeiros

Objectivos da entrevista:

- ✚ Identificar quais os factores de risco na gestação mais prevalentes na população atendida no Centro de Saúde Reprodutivo Bela Vista;
- ✚ Reconhecer quais intervenções de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação;
- ✚ Identificar como prevenir possíveis complicações

I-Identificação pessoal

1. Sexo:
2. Idade:
3. Habilitação literária:
4. Tempo de actividade profissional:
5. Qual é o tempo de serviço que tem neste Centro de Saúde:
6. Gosta de trabalhar neste Centro na área de obstetrícia:
7. Tem alguma especialização ou formação nesta área de obstetrícia:

II- Conceitos

1. Na sua opinião, o que é uma gestação de risco?
2. Na sua percepção o que são factores de risco?

III- Identificação de factor de risco

3. Baseada na sua experiência, quais os factores de risco mais prevalentes na população atendida neste centro?

IV- intervenção de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação

4. No seu ponto de vista, quais as intervenções de enfermagem, para a prevenção dos factores de riscos na gestação são desenvolvidas neste Centro?
5. Qual a sua inquietação sobre a qualidade de atendimento as grávidas de alto risco neste Centro?
6. Deu algum contributo especial para melhoria dos cuidados de enfermagem na prevenção dos factores de riscos na gravidez?
7. Na sua percepção a consulta pré- concepcional é importante na prevenção dos factores de risco na gestação? Porque?

8. Você acredita que, a consulta pré-natal ajuda na prevenção dos factores de risco na gestação? Porque?
9. Baseada na sua experiência quais as intervenções que devem ser feitas para diminuir possíveis complicações maternas e fetais nas gestações de riscos?

Anexo 4- Critérios Classificação do risco na consulta pré-natal

Critérios para classificação da grávida quanto ao risco pré natal

Nome da paciente _____ Idade _____ anos

Nº de código da caderno: _____

Residência _____ Telefone _____

Instruções: Pergunte à grávida e marque uma cruz no quadro correspondente.		Consulta nº	1		2		3		4	
		Data								
História obstétrica		Risco	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1	Antecedentes de nado morto ou óbito neonatal?	1								
2	Antecedentes de 3 ou mais abortos espontâneos consecutivos?	2								
3	Peso do último filho ao nascer <2500?	1								
4	Peso do último filho ao nascer <4500?	1								
5	Hipertensão, pré eclâmpsia ou eclâmpsia na última gravidez?	1								
6	Antecedentes cirúrgicos ginecológicos?	2								
Gravidez em curso										
7	Diagnóstico ou suspeita de gravidez múltipla?	1								
8	Menor de 16 anos?	1								
9	Maior de 40 anos?	1								
10	Isoimunização Rh(-) na gravidez em curso ou gravidez anterior?	2								
11	Sangramento vaginal?	2								
12	Massa pélvica ou mioma?	2								
13	Tensão arterial diastólica igual ou superior a 90mm Hg?	2								
14	Diabetes Mellitus ?	2								
15	Doença renal?	2								
16	Doença cardíaca?	1								
17	Uso de drogas incluindo álcool e tabaco?	1								
18	Outra doença ou condição médica grave? Especificar _____	2								
Classificação do risco:										
Assinatura abreviada										

"Não" a todas as questões - grávida deverá ser classificada como risco 0

"Sim" a qualquer uma das questões - classificar a grávida em risco 1 ou 2 conforme a situação

Risco 0 - Continua na consulta de rotina do pré natal

Risco 1 - referenciar para Médico do Centro de Saúde

Risco 2 - referenciar para consulta de alto risco do hospital

308

Classificação do risco fetal - observação no pré-natal

Hevete/uecna

Risco 0 - (Baixo risco) - Continua na consulta de rotina do pré natal Gravidas sem factor de risco identificado, dos que estão detalhados nos riscos 1 ou 2	Consulta nº			
	1	2	3	4

Risco 1 - (Médio risco) - referenciar para consulta médica do Centro de Saúde	Consulta nº			
	1	2	3	4
Anomalia pélvica				
Doença cardíaca grau I				
Controlo de pré-natal insuficiente (2 controlos ou menos no 3º trimestre)				
Idade ≤ 16 anos e ≥ 38 anos				
Data da última menstruação mal definida				
Ganho de peso insuficiente ≤ 500g/mês				
Ganho de peso excessivo ≥ 3000g/mês				
Infecção urinária				
Obesidade - IMC ≥ 34				
Peso deficiente IMC ≤ 19				
Riscos sociais do caderno				
Fumadora				
Hemorragia no 1º trimestre				
Gestação múltipla				
Infecção materna				
Antecedentes de esterilidade				
Multiparidade ≥ 6 partos				
VDRL positivo				
Toxicodependência/alcoolismo				

Risco 2 - (Alto risco) - referenciar para consulta de alto risco do Hospital	Consulta nº			
	1	2	3	4
Ameaça de parto prematuro				
Diabetes				
Gravidez prolongada ≥ 41 semanas				
Hemorragia no 2º e 3º trimestres				
Placenta prévia				
Oligoâmnio / hidrâmnio				
Suspeita de malformação fetal				
Antecedentes de cirurgia uterina				
Apresentação não cefálica 3º trimestre				
Distúrbios hipertensivos				
Anemia grave (hemoglobina ≤ 8 g/dl)				
Doenças endócrinas				
Malformação uterina				
Morte perinatal recorrente				
CIUR (crescimento intra uterino restrito)				
Isolminização Rh				
Mau passado obstétrico*				

1500 partos

Nota 1 : A identificação de múltiplos factores de risco a grávida deve ser incluída no grupo de risco mais elevado

Nota 2 : o nível de risco deve ser revisto em cada consulta pré natal, marque com uma cruz no quadro correspondente.

*Mau passado obstétrico: Cesárianas, forceps, ventosa, parto prolongado, retenção de placenta, hemorragias no parto, rotura do colo, rotura uterina, ...

Anexo 5- Cronograma

Actividade	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho
Elaboração do projecto										
Entrega e defesa do projecto										
Pesquisa Bibliográfica										
Colheita e discussão de dados										
Conclusão da monografia										
Entrega de monografia										
Defesa										